

# UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Přírodovědecká fakulta

katedra sociální geografie a regionálního rozvoje

Studijní program: Geografie

Studijní obor: Regionální a politická geografie



Filip Šanc

**Welfare state v rozvojových zemích: případová studie  
Botswany, Ghany a Indie**

**Welfare state in developing countries: Case study of  
Botswana, Ghana and India**

*Diplomová práce*

Praha 2013

Vedoucí diplomové práce: RNDr. Josef Novotný, Ph.D.

## **Abstrakt**

Tato práce zkoumá vznik welfare státu v rozvojových zemích na příkladu Botswany, Ghany a Indie. Zaměřuje se na období od roku 1990, kdy dominovaly neoliberální přístupy v rozvojové praxi, do roku 2010. Posledních několik let je ve znamení posunu od neoliberálního pojetí k post-neoliberálnímu, které se vyznačuje širokou paletou uplatňovaných konceptů. Základem všech je však odklon od úzkého zaměření na HDP jako na indikátor růstu a větší důraz na sociální dimenzi rozvoje. Tento posun je mimo jiné popisován jako opouštění basic-needs konceptu a přesun k rights-based přístupu. Práce tak zkoumá, jestli jsou tyto posuny patrné i v analyzovaných zemích, případně k jakým dochází odlišnostem oproti akademiky vypořádaným trendům. Tohoto cílu je dosaženo přes širší analýzu welfare státu, která zahrnuje sociální, zdravotní i vzdělávací politiku. Na základě této analýzy se práce snaží přiřadit jednotlivé státy k již existujícím typům welfare státu, případně upozorňuje na nedostatky stávajících typologií.

## **Abstract**

This diploma thesis explores the emergence of the welfare state in developing countries, in particular shown on the example of Botswana, Ghana and India. The inquiry is focused on the period beginning in 1990, when the neoliberal paradigm was dominating, until 2010. The recent years are in token of the shift from the neoliberalism to the post-neoliberalism characterized by a number of concepts, which are taking into account. The common feature of these concepts is the diversion from the narrow focus on GDP, as the only indicator of the growth, to the social dimension of the development. This shift is also being distinguished as a transition from the basic-needs concept to the rights-based approach. Therefore, the thesis explores, if these shifts are remarkable in the analyzed countries, eventually, if there are any divergences as compared to the theoretical concepts. To achieve this goal, a broader analysis of the welfare state was used, which involves social, health and education policy. Based on this analysis, the diploma thesis tries to classify the analyzed countries into the welfare state typology; eventually, in case such classification is impossible, it describes the weaknesses of this welfare state the typology.

### **Klíčová slova**

welfare state, rozvojové země, Botswana, Ghana, Indie, veřejné finance, sociální politika, zdravotní politika, vzdělávací politika

### **Key Words**

welfare state, developing countries, Botswana, Ghana, India, public finances, social policy, health policy, education policy

### **Bibliografický záznam:**

ŠANC, F. (2013): Welfare state v rozvojových zemích: případová studie Botswany, Ghany a Indie. Magisterská práce. Katedra sociální geografie a regionálního rozvoje PřF UK, Praha, 78 s.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem uvedl všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu

V Praze dne 21. srpna 2013

Filip Šanc

## **Poděkování**

Na tomto místě bych rád poděkoval především RNDr. Josefu Novotnému, Ph.D. za podnětné rady, připomínky, ale i za trpělivost, za kterou patří dík i mnoha dalším lidem.

# Obsah

ÚVOD .....	8
CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	10
DOMINANTNÍ ROZVOJOVÉ PŘÍSTUPY V POSLEDNÍCH 30 LETECH.....	11
NEOLIBERÁLNÍ ZÁVĚR 20. STOLETÍ .....	11
KRITIKA NEOLIBERALISMU .....	12
JIHOAMERICKÝ NEOSTRUKTURALISMUS A VÝCHODOASIJSKÝ ROZVOJOVÝ PŘÍSTUP .....	13
POST-NEOLIBERALISMUS V PRAXI .....	14
VYMEZENÍ POJMU WELFARE STÁT.....	17
TYPOLOGIE WELFARE STÁTU.....	17
<i>Liberální, konzervativní a sociálně-demokratický welfare stát .....</i>	<i>18</i>
<i>Rozvojový welfare stát – východní a jihovýchodní Asie.....</i>	<i>21</i>
PŘÍSTUPY KE ZKOUMÁNÍ WELFARE STÁTU.....	22
METODIKA.....	25
BOTSWANA .....	28
MAKROEKONOMICKÝ VÝVOJ .....	28
PŘÍJMY VEŘEJNÝCH ROZPOČTŮ .....	29
VÝDAJE VEŘEJNÝCH ROZPOČTŮ .....	30
VZDĚLÁVACÍ POLITIKA .....	32
ZDRAVOTNÍ POLITIKA.....	34
SOCIÁLNÍ POLITIKA .....	36
SHRNUTÍ.....	38
GHANA .....	40
MAKROEKONOMICKÝ VÝVOJ .....	40
PŘÍJMY VEŘEJNÝCH ROZPOČTŮ .....	40
VÝDAJE VEŘEJNÝCH ROZPOČTŮ .....	42
VZDĚLÁVACÍ POLITIKA .....	43
ZDRAVOTNÍ POLITIKA.....	45
SOCIÁLNÍ POLITIKA .....	47
SHRNUTÍ.....	50
INDIE .....	52
MAKROEKONOMICKÝ VÝVOJ .....	52
PŘÍJMY VEŘEJNÝCH ROZPOČTŮ .....	52
VÝDAJE VEŘEJNÝCH ROZPOČTŮ .....	55
VZDĚLÁVACÍ POLITIKA .....	56
ZDRAVOTNÍ POLITIKA.....	59
SOCIÁLNÍ POLITIKA .....	60
SHRNUTÍ.....	62
SROVNÁNÍ STÁTŮ .....	64
ZÁVĚR.....	68
LITERATURA A ZDROJE .....	71

## Seznam obrázků a tabulek

Tabulka 1: Rozdělení zemí podle 7 typologií welfare státu .....	20
Obrázek 1: Typologie sociálního zabezpečení .....	23
Tabulka 2: Vybrané příjmy veřejných rozpočtů Botswany (% z celkových příjmů) .....	30
Tabulka 3: Výpočet daně z příjmu fyzických osob v Botswaně .....	30
Tabulka 4: Vybrané výdaje veřejných rozpočtů Botswany (% z celkových výdajů) .....	31
Tabulka 5: Vybrané ukazatele vzdělávací politiky Botswany .....	34
Tabulka 6: Vybrané statistiky zdravotnictví v Botswaně .....	36
Tabulka 7: Vybrané příjmy státního rozpočtu Ghany (% z celkových příjmů) .....	41
Tabulka 8: Výpočet daně z příjmu fyzických osob v Ghaně .....	42
Tabulka 9: Vybrané výdaje státního rozpočtu Ghany (% z celkových výdajů) .....	43
Tabulka 10: Vybrané ukazatele vzdělávací politiky Ghany .....	45
Tabulka 11: Vybrané statistiky zdravotnictví v Ghaně .....	47
Tabulka 12: Vybrané příjmy veřejných rozpočtů Indie (% z celkových příjmů) .....	54
Tabulka 13: Výpočet daně z příjmu fyzických osob v Indii .....	54
Tabulka 14: Vybrané výdaje veřejných rozpočtů Indie (% z celkových výdajů) .....	56
Tabulka 15: Vybrané ukazatele vzdělávací politiky Indii .....	58

## Úvod

Mnoho států z jihovýchodní Asie či z různých oblastí Afriky dosáhlo v posledních desítkách let výrazného ekonomického růstu alespoň dle jednoho z nejpopulárnějších růstových indikátorů hrubého domácího produktu.

Obdobný růst potkal i poválečnou západní Evropu, která ve většině případů používala dostupné prostředky k budování tzv. welfare státu, tedy k zajišťování sociální soudržnosti. Postupně se chápání pojmu welfare stát rozšiřovalo i na zdravotnictví a částečně i na vzdělávání.

Nabízí se tedy otázka, zdali dochází k podobným trendům i ve výše zmíněných rozvojových oblastech světa. Na co využívají tyto státy prostředky generované v mnohých případech bezprecedentním růstem? Dochází obdobně, jako tomu bylo v Evropě, k alokaci finančních prostředků do sociální oblasti, nebo je pro občany rozvojových zemí hospodářský růst jen prázdný pojem bez reálného dopadu na ně? Lze případně srovnávat současné formy welfare státu v rozvinutých zemích se vznikajícími (nebo již existujícími) formami v rozvojovém světě?

To jsou základní otázky, které vedly ke vzniku této práce, zvláště když o evropském welfare státu se říká, že je v hluboké krizi. Mohl by nás tak rozvojový svět v tomto směru inspirovat ke změně našeho chápání vztahu mezi státem, společností a trhem?

K zodpovězení těchto otázek byly vybrány tři státy z rozvojového světa (Botswana, Indie, Ghana), jejichž nastavení interakce státu, společnosti a trhu je podrobně zanalyzováno, především přes roli veřejných rozpočtů v dané zemi a funkci sociální, vzdělávací a zdravotní politiky.

Práce se zaměřuje na období mezi lety 1990 a 2010, tedy na období, kdy v politicko-ekonomickém diskursu vrcholil vliv neoliberalismu, který se promítal i do rozvojových konceptů. V posledních deseti letech je ale pozorován ústup od tohoto dříve dominantního paradigmatu a objevují se alternativní přístupy akcentující sociální složku rozvoje. Jakým způsobem se tyto změny odrážejí v rozvojových zemích?

Práce je členěna následovně: Nejprve jsou představeny cíle práce a výzkumné otázky, dále se práce podrobněji věnuje výše nastíněnému posunu od neoliberalismu



k následujícím politicko-ekonomickým a rozvojovým směrům. Následuje kapitola věnující se vymezení pojmu welfare stát, jeho typologii a metodice zkoumání, v závěru s důrazem na specifika rozvojových zemí. Další kapitolou je metodika přibližující postupy, kterými byla práce zpracována, a poté již následuje empirická část rozdělená na podkapitoly dle jednotlivých států zakončená jejich srovnáním. Poslední kapitolou je závěr shrnující hlavní poznatky práce.

## Cíle práce, výzkumné otázky

Primárním cílem této práce je zhodnotit, zdali ve vybraných rozvojových zemích dochází společně s ekonomickým růstem také k vytváření takových interakcí mezi státem, společnostmi a trhem, které v rozvinutém světě označujeme jako welfare stát.

Tento hlavní cíl doprovází dílčí cíle, a to zanalyzování konkrétního uspořádání výše uvedených vazeb ve vybraných státech a jejich vzájemné porovnání.

K naplnění těchto cílů byly hned v úvodní fázi práce na této studii stanoveny výzkumné otázky, jichž se analýza snaží držet, čímž se vytváří základ pro hodnověrné srovnávání více jednotek (států).

Základní výzkumnou otázkou této práce tedy je: Dochází v rozvojovém světě spolu s ekonomickým růstem k vytváření welfare státu?

Zodpovězení této základní otázky napomáhá sada dílčích výzkumných otázek:

1. Jakou úlohu mají ve vybraných státech veřejné rozpočty?
  - a. Jaké jsou nejvýznamnější zdroje příjmů veřejných rozpočtů?
  - b. Jakou roli hraje zdanění obyvatel?
  - c. Jaké jsou hlavní složky výdajů veřejných rozpočtů?
  - d. Jak velký podíl HDP prochází veřejnými rozpočty?
2. Jakým způsobem je vedena politika vzdělávací, zdravotní a sociální?
  - a. Jaké jsou hlavní realizované programy těchto politik?
  - b. Jedná se o ad hoc programy nebo propojené systémy sledující nějaký dlouhodobý cíl?
  - c. Na koho jsou dané programy cílené, jaké jsou podmínky pro účast?
  - d. Jak jsou financovány tyto programy – jak se podílejí občané?
3. Lze určit na základě zodpovězení výše uvedených otázek, jestli jednotlivé státy naplňují podstatu pojmu welfare stát?
4. Jaké jsou shodné a jaké jsou rozdílné rysy vybraných států?

## **Dominantní rozvojové přístupy v posledních 30 letech**

Tato kapitola přibližuje převládající politicko-ekonomické myšlenkové proudy, které ve svém důsledku výrazným způsobem ovlivnily rozvojové země i samotné rozvojové teorie či koncepty. Není zde uveden kompletní přehled všech těchto rozvojových konceptů, neboť to vzhledem k tématu a cílům práce nepovažuji za účelné. Především jde o představení základního směřování dominantního diskursu v posledních dekadách. Je zřejmé, že dominantní politicko-ekonomický diskurs může významným způsobem ovlivnit budování welfare státu.

### **Neoliberální závěr 20. století**

Dominantním politicko-ekonomickým paradigmatem se v 80. a 90. letech 20. století v Západním světě stal neoliberalismus, jehož nejznámějšími představiteli byli R. Reagan v USA a M. Thatcherová ve Velké Británii. Vzhledem k vlivu Západu na mezinárodní instituce jako Mezinárodní měnový fond (MMF) a Světovou banku, které patřily mezi hlavní rozvojové „partnery“ chudých zemí v Asii, Africe i Latinské Americe, se neoliberalismus prosadil i do rozvojové problematiky realizované právě především přes programy MMF a Světové banky, souhrnně někdy nazývané také jako „programy strukturálního přizpůsobení“ (*Structural adjustment programmes*).

Souhrn doporučení pro rozvojové země pojmenovaný Washingtonský konsenzus byl založen na upřednostňování makroekonomické stability prostřednictvím boje s inflací a zadlužením, dále na otevření se rozvojových zemí globální ekonomice a na liberalizaci prostředí v podobě omezení státních zásahů do tržního prostředí a co možná nejširší privatizaci. Zásahy státu mohly být ospravedlněny pouze v případech selhání trhu (Gore, 2000, s. 789). Prosazení neoliberální ideologie bývá také považováno za reakci na předchozí dluhovou krizi, která zasáhla velkou část rozvojového světa, a na státem řízené masivní a nákladné industrializační rozvojové strategie.

Tento přístup měl vést k ekonomickému růstu rozvojových zemí, který se měl promítnout i do zlepšení kvality života obyvatel včetně zlepšení zdraví nebo omezení chudoby (Murray a Overton, 2011, s. 307).

S neoliberálními reformami se pojal důraz na nepřímé daně (hlavně spotřební), zatímco přímé daně se snižovaly. Stejně tak v rámci otevíření se globálnímu trhu se snižovala cla, deregulovaly se směnné kurzy a v důsledku nižších veřejných příjmů se omezovaly výdaje (Murray a Overton, 2011, s. 308).

Do zajišťování zdravotnictví a vzdělávání tak začal pronikat soukromý sektor uplatňující ryzí tržní principy. Obecně se věřilo, že konkurence zvýší kvalitu těchto služeb a sníží ceny (Segall, 2000, s. 67-69). Zajišťování sociálních služeb a pomoci záviselo především na rodině, komunitních spolcích a v případě existence také na neziskových organizacích. V gesci státu zůstávala pouze péče o nejzranitelnější občany, případně zajištění dostatku potravin pro občany nebo boj s epidemiemi. Tyto programy byly často financovány rozvojovou pomocí (Gentilini a Omamo, 2011).

Ve většině případů se tedy jednalo o následné řešení problémů s cílem co nejrychleji naplnit základní potřeby obyvatel. Z dlouhodobého hlediska tak tyto programy měly slabý přínos, neboť neodstraňovaly příčiny těchto problémů. V rozvojovém diskursu se tato opatření souhrnně nazývají přístup k zajištění základních potřeb (*basic-needs approach*).

Ačkoliv rozvojové země zaznamenávaly ekonomický růst, alespoň co se ukazatele HDP týče, tento rozvoj se neprojevoval ve zlepšování zdravotní situace nebo v omezování chudoby. Naopak rozdíly mezi bohatými a chudými se jak na nadnárodní, tak na národní úrovni zvětšovaly (Murray a Overton, 2011, s. 308).

Ve zdravotnictví se poměry taktéž zhoršovaly. Omezování veřejných výdajů na zdravotnictví a snížení kvality zdravotnických služeb vedlo ke zvětšování rozdílů v poskytované péči a její nákladnost uvrhávala více lidí do chudoby. Ti si další péči nemohli dovolit, čímž se podlamovalo jejich zdraví a omezovala jejich průceschopnost, v důsledku čehož upadali do ještě hlubší chudoby (Smith, 2012, s. 4).

## **Kritika neoliberalismu**

Už na konci 80. let a především v 90. letech se tak začíná objevovat kritika neoliberalismu a vznikají alternativní koncepty zdůrazňující rozvoj, který se bude týkat obyčejných lidí. Odvrací se od úzkého zaměření na HDP a „top-down“ rozvojovému

přístupu realizovanému zahraničními experty k důrazu na decentralizaci a přizpůsobení programů lokálním podmínkám (Gore, 2000, s. 796).

Tato kritika je mezi prvními zastoupena konceptem lidského rozvoje (*human development*). Vychází z předpokladu, že ekonomického růstu snadněji dosáhne společnost bez výrazných socio-ekonomických rozdílů než společnost s výraznými nerovnostmi, jež plodí sociální nepokoje podryvající růstový potenciál. Důraz je tak kladen na vzdělání, zdraví a rovnost ve společnosti včetně posilování práv žen. Někteří autoři přidávají i význam přerozdělování bohatství ve společnosti (Pieterse, 2010, s. 133-134; Ul Haq, 1995). Ve své podstatě ale neodporuje ekonomickému růstu. V praxi se tento koncept nejpopulárněji projevil zavedením indexu lidského rozvoje (*Human Development Index*)<sup>1</sup>, který ve sledování rozvoje nahradil HDP. Vedle lidského rozvoje existují koncepty jako sociální kapitál, sociální stát aj., které bývají zařazovány pod koncept sociálního rozvoje. Všechny tyto směry různým způsobem reflektují pozici společnosti v rámci rozvoje, resp. pozici rozvoje v rámci společnosti. Ambicí konceptu sociálního rozvoje není poskytnout přesný návod, jak realizovat rozvoj, ale navrhnout směr, jak by se mělo o rozvoji přemýšlet a podnítit vznik nové společenské smlouvy (více viz Pieterse, 2010, s. 125-142).

Posledním zde zmíněným alternativním směrem je tzv. „Jižní konsenzus“ (*Southern Consensus*), jenž vznikl jako reakce na Washingtonský konsenzus. Nepředcházela mu však ani tak významný myšlenkový proud, jako se projevil spíše konkrétní realizací politik v Latinské Americe a východní Asii.

## **Jihoamerický neostrukturalismus a východoasijský rozvojový přístup**

Jihoamerický neostrukturalismus a východoasijský rozvojový přístup se neodvracejí od hospodářského růstu jako jednoho z hlavních cílů, avšak chtějí ho dosáhnout jinak než „bezhlavou“ deregulací a zaslepeným důrazem na zapojování se do globální ekonomiky. Využívají znalostí z celého světa, které přizpůsobují lokálním podmínkám. Otevírání se mezinárodnímu obchodu probíhá řízeně tak, aby maximálně podporovalo priority rozvoje (Gore, 2000, s. 797).

---

<sup>1</sup> HDI kombinuje hrubý domácí produkt, charakteristiky vzdělávání a kvality života. V roce 2010 doznal způsob výpočtu částečných změn (viz <http://hdr.undp.org/en/statistics/hdi/>)

Jihoamerický neostrukturalismus se dle Murrayho a Overtona (2011) poprvé objevil už v roce 1990, avšak v praxi se začal silněji prosazovat až na přelomu tisíciletí, kdy v důsledku ekonomických potíží dávali voliči přednost levicově orientovanějším stranám (Grugel a Riggirozzi, 2012, s. 3). Kromě výše zmíněných zásad neostrukturalismus podmiňuje ekonomický vývoj demokratickou a stabilní společností, v níž nesmí být výrazné sociální rozdíly. Zde vzniká místo pro návrat státu v zajištění těchto podmínek. Dochází tak k nárůstu objemu prostředků proudících přes veřejné rozpočty. Zdrojem je celkové navýšení daní a zavedení progresu u daní z příjmů (Grugel a Riggirozzi, 2012, s. 5).

Ve východní Asii byla situace poněkud odlišná: neoliberální vlna se tamních států tak silně nedotkla, alespoň tedy z hlediska změn ve výdajích na veřejné služby. Navíc byla do značné míry vyvolána domácí reakcí na ekonomickou krizi na počátku 80. let, ne tlakem mezinárodních organizací. Z následné privatizace a liberalizace kapitálových trhů těžily především dříve protežované národní konglomeráty a vyšší třídy, takže sociálně-ekonomická nerovnost začala v 90. letech narůstat. Tento vývoj vedl až k finanční krizi v roce 1997, která znamenala obrat v politicko-ekonomickém přesvědčení a částečnému odklonu od důrazu na lidský rozvoj, jak byl představen výše (podpora lidského kapitálu za účelem vysokého ekonomického růstu). Společnost poptávala především zpřetrhání úzkých vazeb mezi vládou a velkými podniky, posílení demokratických principů a redistribuci bohatství mezi celou společnost (Grugel, Riggirozzi a Thirkell-White, 2008, s. 511).

## **Post-neoliberalismus v praxi**

Výše uvedené myšlenkové směry někdy bývají označovány jako post-neoliberalismus, čímž se má na mysli především odklon od neoliberalismu. Nelze však říci, že by rozvojové problematice dominoval jeden konkrétní směr. Obecně se částečně navrácí významná role státu v zajišťování rozvoje společnosti i ekonomiky. Jednotný návod, jak rozvoj realizovat či urychlit, však neexistuje. Lze tak říci, že se prosazuje relativistický přístup sociálního rozvoje uvedený v předcházející kapitole.

Tuto změnu však provází některé jednotné prvky. Tím patrně nejsnadněji pozorovatelným je posun od zajišťování základních potřeb obyvatel (často prostřednictvím rozvojových potravinových či zdravotnických programů), které neřešily

příčiny problémů k vytváření programů, resp. systémů, jež jsou ukotveny v zákonech. Tento posun je označován jako „*rights-based approach*“ v kontrastu k „*basic-needs approach*“ realizovanému v neoliberální éře (Joshi, 2010). Z ukotvení v zákonech vyplývá relativní stálost, nebo alespoň dlouhodobost přijatých opatření. Dále se dotýkají významné části obyvatelstva a v neposlední řadě se stávají součástí komplexnějších rozvojových politik jednotlivých států (Koehler, 2011), na rozdíl od fragmentované a často neefektivní neoliberální rozvojové pomoci, která odmítala jakékoliv plánování, tedy i v oblasti rozvojové politiky.

Stát se tak v posledních letech navrácí k vytváření dlouhodobých strategií ve všech sektorových politikách a tyto strategie se snaží vzájemně provázet. Neznamená to, že ve všech oblastech stát aktivně tvoří dané politiky, může je pouze koordinovat a hlavní zodpovědnost ponechat na občanech.

Ve školství lze obecně pozorovat trend maximálně zpřístupnit vzdělání dětem. Zatímco v 80. a 90. letech 20. století se v důsledku tlaku na snižování veřejných výdajů v rozvojových zemích udržovalo školné i na základních školách (v některých případech bylo teprve zaváděno), v posledních letech se od školného upouští. Zavedení školného totiž mnohdy provázela snížená návštěvnost škol. V případě, že se poplatky za studium neruší, jsou zaváděny programy, pomocí kterých mohou chudí rodiče financovat školní docházku svých dětí. Hlavním problémem však zůstává vysoký podíl dětí předčasně opouštějících školy a nízká kvalita vzdělávání (Patron, 2009).

V oblasti zdravotnictví pak dochází k rozvoji různých systémů zdravotního pojištění pokrývajících ať už vybrané skupiny, nebo celou populaci. Tyto systémy se dále mohou lišit ve způsobu financování. Většinou se snižuje význam přímých plateb za zdravotní služby, které mnohdy zapříčiňovaly pád do chudoby, případně neřešení zdravotních problémů v důsledku nedostatečných prostředků (Lagomarsino a kol., 2012).

V sociální politice dochází v rozvojových zemích k rozšiřování sociálního zabezpečení obyvatel. Zatímco v 90. letech se sociální zabezpečení v nejchudších státech omezuje výlučně na humanitární akce typu potravinové pomoci, od nového tisíciletí představují rozvojové země komplexnější programy ochraňující chudé, jež jsou financovány přes vlastní rozpočty.

Zaváděné sociální zabezpečení má v mnoha případech oporu v zákonech, takže se jedná o jasně stanovené právo občanů, což je hodnoceno jako přelomová novinka – viz výše *rights-based approach* (Barrientos a Hulme, 2009, s. 442). Postupně dochází k propojování jednotlivých programů a začínají vznikat ucelenější sociální systémy.



## Vymezení pojmu welfare stát

Vzhledem k autorově nabyté zkušenosti s mnohdy zcela odlišným chápáním pojmu welfare stát ve společnosti je nezbytné jej jasně definovat. Patrně i kvůli jednomu z překladů tohoto termínu do češtiny jako „stát blahobytu“ je častá představa, že stát spadající do kategorie welfare stát dává velký podíl z veřejných rozpočtů na sociální politiku a de facto je spojován se silně levicovou orientací. Tento výklad není ani tak zavádějící, jako spíše zcela mylný.

Jedna ze základních definic pojmu welfare stát tvrdí, že se jedná o stát, který zajišťuje nezbytný základ pro prosperitu obyvatel (Esping-Andersen, 1990, s. 19). Záleží tedy jen na odpovědných aktérech, jak široce si tuto prosperitu vykládají. Liberálně smýšlející mají představu co „nejšťáhlejšího státu“ zajišťujícího především vnitřní a vnější bezpečnost, naopak sociální demokraté zahrnují do podpory této prosperity např. i financování preventivní ochrany před chudobou.

**Pojem welfare stát tedy spíše označuje typologii s implicitní představou o částečné redistribuci bohatství ve společnosti, jejíž míra závisí na konkrétním typu welfare státu.**

Ačkoliv se v analýzách welfare státu lze nejčastěji setkat s výzkumem sociální politiky daných států, není výjimkou zaměření i na oblasti zdravotnictví a vzdělávání. Takto komplexní pojetí welfare státu jako první představil William Beveridge, britský politik, ve 40. letech 20. století ve své zprávě o sociálním pojištění, kde vymezil tzv. 5 typů zla, proti kterým je nutno bojovat: chudoba, nezaměstnanost, nemoci, nedostatek vzdělání a špatné bydlení (Hewitt a Powell, 1998, s. 4). Tato práce se kloní k tomuto širšímu pojetí a zkoumá jak politiku sociální, tak zdravotní i vzdělávací.

## Typologie welfare státu

Esping-Andersen (1990) rozlišuje jednotlivé typy welfare státu na základě rozdílů v intenzitě zapojení státu do společensko-tržní interakce, resp. na odlišném rozsahu sociálních práv občanů, který dělí dle míry dekomodifikace práce. Pod tímto termínem se mají na mysli opatření směřující na ochranu pracujících, resp. lidí před tržními silami přistupujícími k práci (a tím i k člověku) pouze jako ke komoditě. Esping-Andersen

dekomodifikaci měří jednak pomocí nastavení systému, kdy občanu vzniká nárok čerpat výhody daného sociálního systému. Druhou dimenzí charakterizující dekomodifikaci je způsob, na základě kterého jsou občané odměňováni. Další dělicí linií je sociální stratifikace a jak se k ní stát staví – zda ji spíše udržuje či posiluje, nebo tlumí.

V pozdějších pracích Esping-Andersen (1999) přidal navíc ještě dimenzi rodiny, která sleduje její funkci ve společnosti. Státní politika tak může upevňovat tradiční roli rodiny (především sociální péče v kruhu rodiny), nebo ji oslabovat a emancipovat jednotlivé členy na trhu práce i ve společnosti.

Nutno podotknout, že tato typologie vznikala již v 80. letech a analyzovala pouze vyspělé státy OECD, které procházely odlišným vývojem než dnešní rozvojové země. Je proto možné, že její vypovídací schopnost není tak silná. Další výzkumy však tuto typologii vždy určitým způsobem reflektovaly a sloužila jako základ pro mnohé analýzy, proto je zde uvedena. Navíc se tato práce částečně inspiruje v Esping-Andersenových metodách i v metodách navazujících autorů uvedených dále v textu.

### **Liberální, konzervativní a sociálně-demokratický welfare stát**

Prvním typem je liberální welfare stát, který je charakteristický nízkou mírou zapojení státu, kdy na sociální podporu dosahují jen ti, kteří ji nezbytně potřebují. Podíl veřejných výdajů na HDP je relativně nízký, stejně jako redistribuce bohatství ve společnosti. Většinová společnost si může dovolit pojištění u soukromých institucí, zatímco menšina (nejchudší) dosahuje na veřejnou sociální podporu. Žena ve společnosti je na stejné úrovni jako muž, tj. plně se zapojuje na trhu práce. K sociální stratifikaci se liberální typ staví tak, že ponechává absolutní svobodu jedinci. Zaleží tedy jen na občanovi, jestli se vymaní ze stávajícího sociálního postavení, nebo ne. Charakteristickým příkladem takového státu může být Velká Británie či USA.

Druhým typem je konzervativní welfare stát opírající se o princip zásluhovosti – občan je příjemcem sociálního zabezpečení především v závislosti na odvedených příspěvcích do tohoto systému. Tento typ vychází z tradice křesťanských církví a korporativismu – vliv státu na přerozdělení bohatství ve společnosti je tedy spíše malý. Od žen je očekávána především tradiční role péče o rodinu. Stát zastává princip subsidiarity, tedy že sociální problémy jedinců řeší nejprve rodina a až když selhává, zasahuje stát. Má

tendenci replikovat zaběhnuté sociální pořádky. Typickým příkladem jsou země střední Evropy jako Německo.

Posledním typem, který Esping-Andersen vymezil, je sociálně demokratický welfare stát, jenž vychází z principu rovnosti. Občané dosahují na benefity bez ohledu na výši příspěvků do systému. Podíl veřejných financí k HDP je ve srovnání s ostatními typy nejvyšší. Ženy se bez ohledu na to, zda mají děti, plně zapojují na trhu práce. Tento typ tlumí nerovnosti ve společnosti a rozbíjí zavedené společenské nastavení. Klasickým zástupcem této skupiny je Švédsko.

Obdobné dělení navrhl již dříve i Titmuss (1958, 1974) s mírně odlišnou terminologií, avšak Esping-Andersonova typologie se ukázala být lépe propracovaná a vzbudila silný ohlas v akademické sféře.

Následně v 90. letech došlo k rozvoji mnoha alternativních dělení, která se však od Esping-Andersonova ve výsledném rozdělení států výrazně nelišila. Jedinou častější odlišností společnou pro více autorů bylo vymezení 4. typu welfare státu, a to tzv. středomořského (jižního). Ten má podobné rysy jako konzervativní, avšak dle jeho autorů vykazuje prvky samostatné kategorie, spíše než aby byl hodnocen jako podkategorie konzervativního welfare státu, jak uvádí Esping-Andersen (Arts a Gelissen, 2002). Pro znázornění minimálních rozdílů mezi jednotlivými typologiemi je uvedena Tabulka 1: Rozdělení zemí podle 7 typologií welfare státu.

Společným znakem středomořského welfare státu je absence stanoveného sociálního minima a roztržitost sociální podpory – na jedné straně vysoké starobní penze, na straně druhé slabá podpora v nezaměstnanosti a v dalších rizikových sociálních událostech. Vývoj tohoto typu byl výrazně ovlivněn katolickou církví a silnou rodinnou tradicí. Někdy bývá označován jako podvyvinutý konzervativní typ (Arts a Gelissen, 2002, s. 142-146).

Tabulka 1: Rozdělení zemí podle 7 typologií welfare státu

	Typ				
	I	II	III	IV	V
Esping-Andersen	<i>liberální</i>  Austrálie Kanada USA Nový Zéland Irsko Velká Británie	<i>konzervativní</i>  Itálie Japonsko Francie Německo Finsko Švýcarsko	<i>sociálně-demokratický</i>  Rakousko Belgie Nizozemsko Dánsko Norsko Švédsko		
Leibfried	<i>anglo-saský</i>  USA Austrálie Nový Zéland Velká Británie	<i>bismarkovský</i>  Německo Rakousko	<i>skandinávský</i>  Švédsko Norsko Finsko Dánsko	<i>latinský okraj</i>  Španělsko Portugalsko Řecko Itálie Francie	
Castels & Mitchell	<i>liberální</i>  Irsko Japonsko Švýcarsko USA	<i>konzervativní</i>  Západní Německo Itálie Nizozemsko	<i>ne-pravicová vláda</i>  Belgie Dánsko Norsko Švédsko		<i>radikální</i>  Austrálie Nový Zéland Velká Británie
Siaroff	<i>protestantsky liberální</i>  Austrálie Kanada Nový Zéland Velká Británie USA	<i>vyspělé křesťanské demokracie</i>  Rakousko Francie Belgie Západní Německo Lucembursko Nizozemsko	<i>protestantské sociální demokracie</i>  Dánsko Norsko Švédsko Finsko	<i>pozdější mobilizace žen</i>  Řecko Irsko Itálie Japonsko Portugalsko Španělsko Švýcarsko	
Ferrera	<i>anglo-saský</i>  Velká Británie Irsko	<i>bismarkovský</i>  Německo Francie Belgie Nizozemsko Lucembursko Rakousko Švýcarsko	<i>skandinávský</i>  Švédsko Dánsko Norsko Finsko	<i>jižní</i>  Itálie Španělsko Portugalsko Řecko	
Bonoli	<i>britský</i>  Velká Británie Irsko	<i>kontinentální</i>  Nizozemsko Francie Belgie Německo Lucembursko	<i>severský</i>  Švédsko Norsko Finsko Dánsko	<i>jižní</i>  Itálie Švýcarsko Španělsko Řecko Portugalsko	
Korpi & Palme	<i>základní ochrana</i>  Kanada Dánsko Nizozemsko Nový Zéland Švýcarsko Irsko Velká Británie USA	<i>korporativistický</i>  Rakousko Belgie Francie Německo Itálie Japonsko	<i>vše-zahrnující</i>  Finsko Norsko Švédsko		<i>cílený</i>  Austrálie

Zdroj: Arts a Gelissen, 2002, s. 149-150

V čem se však lišili jednotliví autoři, byly metody, jaké používali ke studiu welfare státu. Kromě přístupů podobných Esping-Andersenovi se častěji vyskytovaly práce založené na analýze veřejných výdajů. Zvláště v posledním desetiletí jsou takovéto studie realizovatelnější především díky rozvoji srovnávatelných statistických dat. To se týká především zemí Evropské unie, případně členů OECD.

Tento přístup reprezentuje např. Francis G. Castles, který analyzuje státy a přiřazuje je k jednotlivým typům welfare státu na základě dekompoziční analýzy veřejných výdajů, kdy zvláště sleduje výdaje na (1.) starobní a sirotčí důchody, (2.) podporu v nezaměstnanosti, pro případ nemoci a další sociální dávky, většinou rodinné, (3.) zdravotnictví a (4.) ostatní sociální dávky. Samozřejmě porovnává i celkový objem veřejných výdajů na sociální politiku ve vztahu k HDP (Castles, 2009).

### **Rozvojový welfare stát – východní a jihovýchodní Asie**

V posledních deseti letech se část akademiků začala věnovat i welfare státu v ostatních oblastech než jen na populačně méně významném „rozvinutějším Severu“. Příkladem je východní a jihovýchodní Asie, kde tzv. „asijské tygry“ první generace již patří mezi nejvyspělejší země světa a druhá generace se těmto předchůdcům blíží.

Ačkoliv dílčí rozdíly se mezi jednotlivými státy objevují, autoři se obecně shodují, že k tradičnímu dělení welfare státu na tři až čtyři typy<sup>2</sup> je potřeba přidat další, který nazývají rozvojový. Ten se orientuje především na ekonomický rozvoj, jemuž se podřizuje i sociální politika, která jej nesmí brzdit, ale podporovat. Proto jsou veřejné prostředky alokovány především do oblasti vzdělávání, zdravotnictví a podpory bydlení. V některých zemích po dlouhá období stát sociální politiku jako takovou de facto nerealizoval nebo její efektivita byla tak slabá, že byla jen obtížně identifikovatelná. Obecně byly vysledovány situace, kdy bylo sociální politice více přáno, a to v době před volbami v rámci soutěže politických stran o hlasy voličů. Občané jsou tak ve větší míře než v Evropě nuceni zapojovat se do soukromých, případně zaměstnaneckých sociálních systémů (Aspalter, 2006, s. 297-298).

---

<sup>2</sup> Autoři věnující se východní a jihovýchodní Asii se ve svých článcích přiklání většinou k Esping-Andersonově dělení na welfare stát liberální, konzervativní a sociálně-demokratický.

Úroveň dekomodifikace je velice nízká, role rodiny v rámci sociálního systému vysoká. Rozvojový welfare stát má tendenci zachovávat sociální strukturu i díky většímu důrazu na příspěvek jedince do prosperity státu a výše zmíněnému systému sociálního pojištění realizovaného zaměstnavateli či odbory. Na rozdíl od liberálního welfare státu však silně zasahuje do nastavení trhu v zájmu zajištění ideálního ekonomického rozvoje (Ku a Lee, 2007, s. 208-210).

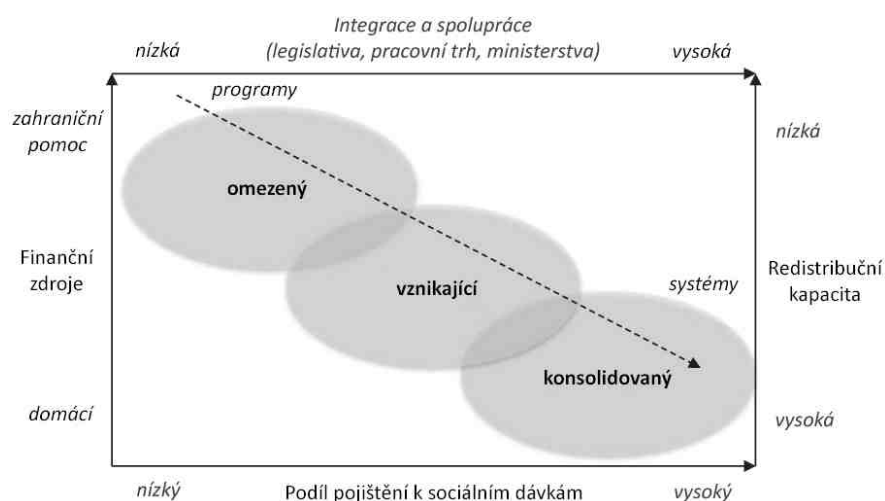
Slabinou této typologie, resp. tohoto později přidruženého typu welfare státu je fakt, že vznikl výlučně na základě analýz pouze pěti dnes již rozvinutých zemí, a to Japonska, Jižní Koreje, Taiwanu, Hong Kongu a Singaporu. I tak jsou mezi jednotlivými zeměmi v některých aspektech welfare státu výraznější rozdíly. Autorovi je jasné, že bez jistého zjednodušení by nemohla vzniknout žádná typologie, ale v tomto případě se v celosvětovém měřítku jedná o socio-kulturně i ekonomicky bližší země, než kdyby se na vzniku tohoto typu podílely i státy Afriky či Latinské Ameriky. Aplikovatelnost tohoto typu právě na zmíněné kontinenty je tak otázkou, kterou tato práce může částečně zodpovědět. Druhou slabinou tohoto typu je pak jeho název, a to rozvojový welfare stát. Automaticky totiž implikuje představu, že každá rozvojová země bude spadat pod tento typ. Vzhledem k výše uvedenému je však taková představa dosti zavádějící.

### **Přístupy ke zkoumání welfare státu**

Práce se inspiroje nejen ve výše uvedených způsobech analýzy welfare státu (přístup Esping-Andersena nebo Castlese), ale také v literatuře věnující se zkoumaným politikám v rozvojovém světě. Jelikož lze předpokládat, že výše uvedená typologie by pro rozvojový svět nemusela být dostačující, je taková inspirace více než žádoucí. Případným výsledkem by tak mohlo být rozšíření stávajících typů, případně výzkumných postupů.

Největší pozornost je věnována změnám odehrávajícím se v sociální politice. Gentilini a Omamo (2011) představili typologii sociálního zabezpečení založenou na 4 dimenzích: finanční zdroje (domácí x zahraniční pomoc), význam pojištění, soudržnost a spolupráce institucí v zajištění sociálního zabezpečení a redistribuční kapacita. Výsledkem jsou tři typy sociálního zabezpečení, viz Obrázek 1: Typologie sociálního zabezpečení.

Obrázek 1: Typologie sociálního zabezpečení



Zdroj: Gentilini a Omamo, 2011, s. 336

Pro nejchudší země světa je typický omezený systém sociálního zabezpečení, který se vyznačuje nízkým podílem pojištění na zajištění financování sociálního zabezpečení, nízkou redistribuční kapacitou, slabší mezisektorovou spoluprací a legislativním propojením jednotlivých programů a většinovým financováním ze zahraniční pomoci. Typickým rysem je převládající neformální zaměstnávání. Mezi státy patřící do skupiny omezeného systému sociálního zabezpečení většinou patří nejméně rozvinuté země realizující pouze vybrané, povětšinou humanitární programy<sup>3</sup>. Opakem je konsolidovaný systém sociálního zabezpečení reprezentovaný rozvinutými zeměmi. Mezi těmito póly se nachází vznikající systém sociálního zabezpečení, který je mezistupněm ve vývoji od omezeného ke konsolidovanému.

V rámci jednotlivých typů však může docházet k výrazným odlišnostem. Příkladem může být typologie welfare státu v rámci konsolidovaných systémů nebo přítomnost sociálního pojištění či domácí zdrojování u omezených systémů.

Vzhledem k posunu chápání rozvoje od neoliberálního přístupu k post-neoliberálnímu (či k neostrukturalismu, konceptu udržitelného rozvoje, sociálního kapitálu apod.) lze očekávat i posun v realizovaných sociálních systémech směrem ke konsolidovaným.

Výše diskutované sociální zabezpečení je tvořeno 3 pilíři: dávkami, pojištěním a standardy (Slater, 2011). Sociální dávky by měly zabezpečovat základní potřeby lidem,

<sup>3</sup> Jedná se o názor Gentiliniho a Omamy, se kterým se autor zcela neztotožňuje.

kteří si je sami nemohou dovolit. Takové dávky jsou přítomné nejen v omezených, ale i v konsolidovaných systémech (v ČR např. dávky v hmotné nouzi).

Pojištění se má na mysli jak organizované státem, tak soukromým sektorem – v konsolidovaných systémech zahrnuje drtivou většinu obyvatelstva. Standardy jsou pak pravidla ukotvená v legislativě jako např. minimální mzda.

Dalším aspektem sociálního zabezpečení je způsob, jakým dávky přerozdělovat. Obecně lze přidělování dávek rozdělit na univerzální a cílené a na podmíněné a nepodmíněné. Kombinací těchto dvou dimenzí vznikají způsoby přerozdělení, kterými se liší i jednotlivé typy welfare státu. V problematice rozvoje je pak nejdůležitější náročnost realizace jednotlivých způsobů. Cílené a podmíněné dávky vyžadují efektivní administrativní kapacitu, takže se ne vždy hodí do prostředí rozvojových zemí. Oproti tomu univerzální a nepodmíněné dávky nejsou náročné na realizaci, avšak je zde vysoké riziko, že se dostanou i k příjemcům, kteří je nepotřebují (Slater, 2011).

Obdobně jako je nahlíženo na sociální zabezpečení, můžeme zkoumat i zdravotnictví.

V oblasti zdravotnictví dochází v posledních letech k výrazné změně v podobě zavádění různých systémů zdravotního pojištění a opouštění přímého financování zdravotnických služeb. Rozvojové země nepřebírají pojistné systémy, které jsou již realizovány v rozvinutých zemích, ale kombinují jednotlivé prvky a vytváří systémy hybridní. Liší se jak způsobem financování zdravotních fondů, tak pokrytím obyvatelstva a vybraných zdravotnických služeb. Základními příjmy zdravotních fondů mohou být části výnosů z daní, nebo pojistné, které je většinou odvislé od výše příjmů účastníka. Pojistné systémy poté mohou být univerzální (tedy pokrývají celé obyvatelstvo), nebo slouží pouze účastníkům, případně jasně definované skupině obyvatel – nejčastěji nejchudším, kteří si pojištění dovolit nemohou (Lagomarsino a kol., 2012).

V oblasti zajištění vzdělávání je teoretické literatury poskromnu, neboť ve společnosti panuje shoda o významu tohoto odvětví. Existují tak dva faktory, které mohou zajištění vzdělávání dělit, a to přítomnost školního a podíl soukromého sektoru na vzdělávacím systému.



## Metodika

Tato práce je vystavěna na základech případové studie, které se hodí pro výzkumné otázky „Jak?“ a „Proč?“ (Yin, 2003, s. 1-3). Ačkoliv hlavní výzkumná otázka tato tazací zájmena neobsahuje, téměř všechny dílčí otázky už tomuto pravidlu vyhovují. Navíc otázka: „Dochází v rozvojovém světě společně s ekonomickým růstem k vytváření welfare státu?“, obsahuje dotaz právě na podstatu interakce státu, společnosti a trhu.

Mnohem důležitější, než zda výzkumné otázky odpovídají stanoveným tazacím zájmenům, je podstata zkoumaného problému. Případové studie jsou vhodné pro složité komplexní problémy, které je obtížné ohraničit od okolních fenoménů (Yin, 2003, s. 13).

Zkoumat povahu welfare státu zvláště v rozvojovém světě je složitý proces, do kterého se musí zahrnout mnohé vzájemně působící a někdy těžko odlišitelné faktory vycházející z historického vývoje, kultury, politické situace, ale také z ekonomického vývoje, dopadů globalizace a mnoha dalších vlivů. Navíc v případě rozvojových zemí je teprve hodnoceno, zda daná země naplňuje nezbytné podmínky k zařazení do typologie welfare státu (u rozvinutých zemí, již mnohokrát analyzovaných, tento problém tolik nevyvstává). V případě rozvojových zemí se nestačí zaměřit pouze na kvantitativní hodnocení, kolik jednotlivé země utrácejí na dané politiky. Naopak, v jednotlivých případech je třeba podrobněji hodnotit, jestli realizované politiky splňují minimální požadavky welfare státu.

Nevýhodou přístupu případové studie je možná subjektivita výzkumníka, neboť případové studie hojně využívají kvalitativních technik, které jsou ze své podstaty vždy alespoň minimálně závislé na konkrétní osobě. Proto je hned v úvodu na tuto slabinu upozorněno. Práce je však vystavěna na neměnných výzkumných otázkách, které drží analýzy jednotlivých států pohromadě, čímž by zmiňovaná subjektivita v hodnocení kvalitativních informací měla být omezena. Studie se mimo jiné snaží subjektivní hodnocení eliminovat také citováním srovnatelných kvantitativních dat. Případová studie dovoluje využívat propojování kvalitativních i kvantitativních technik výzkumu a v některých případech to považuje i za žádoucí (Yin, 2003).

Doposud zde bylo uváděno, že se jedná o případovou studii, avšak vzhledem k zaměření práce na hodnocení a srovnání 3 států jde o tzv. více-případovou studii (*multiple-case*

*study*). Tato forma dovoluje jak hloubkově analyzovat jednotlivé případy, tak hledat shodné, ale i rozdílné prvky studovaných případů (Baxter a Jack, 2008, s. 550).

Jedním z prvních kroků při použití přístupu případové studie je vymezení studovaného případu. Práce se tak zaměří na země, které v posledních desetiletích (od roku 1990) zaznamenaly výrazný ekonomický rozvoj a jejichž HDP na hlavu se zvýšilo alespoň trojnásobně.

Zároveň je výběr zúžen požadavkem relativně demokratického zřízení založeného na přítomnosti relativně svobodných voleb, neboť i toto se pokládá za jeden ze základních předpokladů formování welfare státu. Mezi rozvojovými zeměmi s demokratičtější zřízením je tak pozorován efektivnější a snazší vznik welfare státu (viz Carbone, 2011).

Vzhledem k rozmanitosti takto vymezeného okruhu rozvojových zemí byla přidána další podmínka výběru, a to že do výběru budou zařazeny pouze bývalé britské kolonie. Tato podmínka by měla zajistit částečnou podobnost analyzovaných států vzhledem k dědictví, které si z koloniálního období odnesly (viz MacLean, 2002). Práce navíc vychází z širokého pojetí welfare státu pocházejícího právě z Velké Británie.

Na základě výše uvedeného výběru byly vybrány následující státy: Botswana, Ghana, Indie a Malajsie. Malajsie byla z tohoto výběru následně vyloučena vzhledem k pozornosti, která je jí v analýzách welfare státu věnována, a vzhledem k jejímu zařazení některými autory mezi rozvojový welfare stát (viz Kwon, 2009).

Přes takto provedený výběr si je autor vědom podstatných rozdílů, které mezi jednotlivými státy jsou, ať už jde o geografickou polohu, historický vývoj, socio-kulturní uspořádání a tradice či rozdílnou ekonomiku.

Časově je výzkum omezen od roku 1990, tedy od vrcholu neoliberalismu, až po současnost, resp. po rok 2010<sup>4</sup>, neboť časový odstup umožňuje lepší dostupnost většího množství zdrojů. Důraz ve výzkumu je kladen na aktuální stav zkoumaných politik, nicméně je potřeba částečně zahrnout i jejich základní vývoj, aby se odhalilo směřování států k případným jednotlivým formám welfare státu.

---

<sup>4</sup> Tento rok nevymezuje analýzu absolutně. V případě, že se vyskytla relevantní data i v následujících letech a za rok 2010 chyběla, byla využita data aktuálnější.

Analýza přítomnosti welfare státu a jeho případných forem je pak realizována prostřednictvím zodpovídání výzkumných otázek uvedených v kapitole *Cíle práce a výzkumné otázky*, které jasně vymezují rámec zkoumaného problému.

Zdrojem pro analýzu jsou data jak mezinárodních organizací jako Světová banka nebo WHO, tak i národních statistických úřadů, vládních institucí a výzkumných organizací. V neposlední řadě byly využity také informace získané z různých relevantních odborných prací.

Ekonomický růst je sledován pomocí ukazatele HDP na hlavu a průměrného ročního přírůstku HDP. Veřejné finance jsou zkoumány ze strany příjmové, neboť pro analýzu welfare státu je podstatné, kde stát získává prostředky pro realizaci svých politik, i ze strany výdajové, která odhaluje priority vlády.

Dále u každého státu následuje detailnější analýza jednotlivých oblastí politik spadajících pod welfare stát vymezený touto prací, tedy vzdělávací, zdravotní a sociální. Zde se zkoumá především nastavení a efektivita těchto politik. Tato část je opřena opět o data národních i mezinárodních institucí, ale více využívá kvalitativních technik sběru a vyhodnocování dat a informací, díky kterým je možné nejvýznamnější programy evaluovat. Relevantní informace rozšiřující sebraná data z výše uvedených zdrojů byly vyhledávány pomocí klíčových slov<sup>5</sup> v odborných (databáze Web of Knowledge) i otevřených zdrojích (vyhledávač [www.google.cz](http://www.google.cz), resp. [scholar.google.cz](http://scholar.google.cz)), dokud byly objevovány nové informace. Též však bylo využito procházení odkazů na další literaturu v jednotlivých dokumentech. V okamžiku, kdy docházelo k opakování vyhledaných informací, byl sběr dat ukončen a z nalezených zdrojů byly extrahovány nejpodstatnější informace vzhledem k výzkumným otázkám a očekávanému rozsahu práce.

Na základě takto sebraných dat a informací práce u vybraných případů shrnuje nastavení interakce státu, trhu a společnosti, tedy vyhodnocuje, zda jde o welfare stát, případně jaké má charakteristické rysy. V závěru pak dochází v souladu s výzkumnými otázkami ke srovnání jednotlivých států mezi sebou a syntéze poznatků jednotlivých případů.

---

<sup>5</sup> Použitá klíčová slova vždy v kombinaci s názvem státu: public finances, public revenue, public expenditure, education policy, education system, health policy, health care system, health insurance, social policy, social insurance, social benefits, old-age pension.

## **Botswana**

### **Makroekonomický vývoj**

Botswana od nabytí nezávislosti v roce 1966 prodělala jeden z celosvětově nejvýraznějších ekonomických růstů, alespoň co se ukazatele HDP týče. Mezi lety 1970 a 2008 dosahovala průměrného růstu HDP 5,9 % (UNDP, 2010, s. 208). Toto dlouhé období se však vyznačuje různými fázemi, během kterých se země nevyhnula ani poklesu.

Období od roku 1991 do roku 2008 je charakteristické většinovými růsty HDP mezi 2 a 6 %. V roce 2009 však došlo v důsledku globální ekonomické krize k propadu hospodářství o 3,7 % (Bank of Botswana, 2010, s. 71; World Bank, 2011a). Od následujícího roku však hospodářství Botswany rostlo o 6 až 8 % ročně (World Bank, 2013). Tato rozdílná období lze částečně vysvětlit nízkým základem HDP, který měl silný potenciál pro vysoký růst, a také v důsledku globální integrace větším zapojením do mezinárodního obchodu (UNPAN, 2007, s. 1).

Vzhledem k relativně poklidnému socio-ekonomickému vývoji Botswany, které se vyhýbaly výraznější konflikty, a přítomnosti nerostného bohatství v podobě diamantů<sup>6</sup>, mohla Botswana realizovat rozvoj dle vlastních záměrů bez nutnosti výraznější zahraniční pomoci v neoliberální éře spojené i s vynucováním reforem. Národní ekonomika se tak nemusela ze dne na den otevřít mezinárodnímu obchodu, stejně jako nebylo potřeba v 90. letech přijímat drastické neoliberální reformy (Conteh a Ohemeng, 2009, s. 64-66).

Významný vliv na ekonomiku, stejně jako na budování welfare státu má rozsah neformálního sektoru. V Botswaně bylo v roce 2000 odhadováno, že přibližně 15 % domácností nějakým způsobem participuje na neformálním sektoru, což je na africké a obecně rozvojové poměry relativně malý podíl (Menyah, 2009, s. 102). Univerzální programy ve veřejných politikách tak mají mnohem výraznější dopad, ať už jde o sociální nebo zdravotní pojištění.

---

<sup>6</sup> Nutno podotknout, že ne vždy nerostné bohatství znamená přínos pro danou společnost. Příkladem může být Pobřeží slonoviny, Demokratická republika Kongo a jiné africké státy. Botswana je v tomto ohledu na africkém kontinentu spíše výjimkou.

## Příjmy veřejných rozpočtů

Po nabytí nezávislosti zisky Botswany plynuly především ze zemědělské výroby, resp. z živočišné výroby, tvořící v roce 1966 40 % HDP. Tento zdroj byl postupně nahrazován těžebním průmyslem nerostů, konkrétně diamantů<sup>7</sup>, tvořící na přelomu tisíciletí zhruba třetinu HDP oproti zemědělství podílejícímu se 3 % (UNDP, 2005, s. 15).

Podíl příjmů veřejných rozpočtů na HDP se zvláště od roku 2006 rapidně snížil, když v roce 1990 do státní kasy mířilo 50 % HDP, v roce 2006 ještě 45,1 %, zatímco v roce 2010 to bylo jen 33,4 %, přičemž se jedná o dlouhodobější trend (World Bank, 2013).

Zisky z těžby nerostů v posledních letech tvoří hlavní příjmovou složku veřejných rozpočtů Botswany, která z 50 % vlastní hlavní těžební společnost Debswana. Příjmy do státní pokladny tak plynou především z dividend a daní z příjmů této společnosti. Kolem roku 2000 tyto zdroje dosahovaly až 60 % celkových vládních příjmů. Podíl příjmů z těžby diamantů se v posledních letech snížil na 30 % (Bank of Botswana 2010b, s. 92-93), což je způsobeno vládní snahou diverzifikovat zdroje příjmů, částečně privatizovat státní důlní společnost, ale také poklesem poptávky v důsledku ekonomické krize (Bank of Botswana, 2010a, s. 65).

Dalším významným zdrojem jsou celní poplatky apod. tvořící v současnosti přibližně čtvrtinu vládních příjmů. Tyto tarify jsou vybírány Jihoafrickou celní unií<sup>8</sup>, která na základě schváleného klíče přerozděluje zisky z cel (SACU, 2011).

Posledními dvěma výraznějšími zdroji veřejných rozpočtů, jejichž význam stále stoupá, jsou daně z příjmu z ostatních sektorů než těžby nerostů a daň z přidané hodnoty, jež se podílí na celkových příjmech 18,5 %, resp. 13 %, přičemž v roce 2000 to bylo 6,5 %, resp. 4 % (Bank of Botswana 2010b, s. 92-93). Podrobnější přehled veřejných příjmů uvádí Tabulka 2: Vybrané příjmy veřejných rozpočtů Botswany.

---

<sup>7</sup> Podle některých odhadů představuje botswanská produkce diamantů přibližně čtvrtinu celosvětové (Quist et. al, 2009, s. 19).

<sup>8</sup> Novodobá Jihoafrická celní unie - Southern African Customs Union, SACU – vznikla v roce 1970. V současnosti jsou členy Botswana, Lesotho, Namibie, Jihoafrická republika a Svazijsko (SACU, 2011).

Tabulka 2: Vybrané příjmy veřejných rozpočtů Botswany (% z celkových příjmů)

	1991/92	2000/01	2009/10
příjmy z daní	75,96	85,57	89,18
cla	18,73	15,50	26,42
daň z příjmů z těžby nerostů	46,40	59,28	30,27
ostatní daně z příjmů	8,77	6,56	18,52
ostatní daně	2,06	4,22	13,97
daň z přidané hodnoty	1,76	3,71	13,13
nedaňové příjmy	22,32	13,98	8,26
příjmy celkem (mil. pula <sup>9</sup> )	4069,4	14115,1	30023,1

Pozn.: Jedná se o údaje za daný fiskální rok, který v Botswaně začíná v dubnu jednoho roku a končí v březnu roku následujícího.

zdroj: Bank of Botswana, 2010b: 92-93

Daň z přidané hodnoty je v Botswaně na úrovni 12 %. Některé druhy zboží a služeb jsou od této daně osvobozeny jako např. jídlo, domácí spotřebiče, voda, tepelná a elektrická energie nebo zemní plyn (BURS, 2010a).

Zdanění příjmů fyzických osob v Botswaně odpovídá progresivnímu přístupu, jak ukazuje následující Tabulka 3: Výpočet daně z příjmu fyzických osob v Botswaně.

Tabulka 3: Výpočet daně z příjmu fyzických osob v Botswaně

Výše ročního příjmu (tis. pula)	Způsob zdanění
0-30	daň se neplatí
30-60	5 % z $(x - 30000)$
60-90	1500 + 12,5 % z $(x - 60000)$
90-120	5250 + 18,75 % z $(x - 90000)$
120 a více	10875 + 25 % z $(x - 120000)$

Pozn.: x = výše ročního příjmu

Zdroj: BURS, 2010b

Korporátní daň je ve výši 22 % pro společnosti sídlící v Botswaně a 30 % pro společnosti se sídlem v cizině (BURS, 2011).

## Výdaje veřejných rozpočtů

Nejvýznamnější část veřejných výdajů plyne na sociální služby, jak kategorii vymezuje Botswanská národní banka, a činí 45,5 % všech výdajů. Pod sociální služby však spadá

<sup>9</sup> Přibližný kurz botswanské puly k české koruně byl k 31. 7. 2013 2,34 CZK za 1 BWP (ČNB, 2013)

vzdělávání (23,6 %), zdravotnictví (8,5 %), bydlení a regionální rozvoj (8,8 %) a programy na podporu potravinové bezpečnosti a sociálního zabezpečení (1,8 %)<sup>10</sup>. Téměř čtvrtina všech vládních výdajů putuje do státního sektoru na zabezpečení chodu státních institucí včetně platů státních zaměstnanců a na zajištění obrany země (Bank of Botswana 2010b, s. 94-95).

Dalším významným příjemcem veřejných výdajů jsou hospodářské oblasti zahrnující především energetická odvětví a zajištění zdrojů a distribuce vody, dopravní infrastrukturu a zemědělství. Celkem jde do hospodářského sektoru 21,2 % všech vládních výdajů (tamtéž).

Za pozornost stojí i extrémně nízké zadlužení Botswany, která díky tomu musí financovat dluhovou službu pouhým 1 % všech veřejných výdajů. Strukturu veřejných výdajů shrnuje Tabulka 4: Vybrané výdaje veřejných rozpočtů Botswany.

Tabulka 4: Vybrané výdaje veřejných rozpočtů Botswany (% z celkových výdajů)

	1991/92	2000/01	2009/10
chod státu včetně obrany	26,88	28,57	24,66
sociální politika	37,69	43,31	45,50
vzdělání	16,76	24,84	23,55
mandatorní	11,98	20,57	18,93
rozvojové	4,77	4,33	4,62
zdraví	3,77	5,46	8,54
mandatorní	2,79	4,62	5,12
rozvojové	0,98	0,84	3,42
potravinové a sociální programy	0,50	3,67	1,84
mandatorní	0,36	2,65	0,99
rozvojové	0,15	1,02	0,86
bydlení, regionální rozvoj	15,36	6,35	8,81
mandatorní	2,34	4,02	3,59
rozvojové	5,69	2,58	5,27
ostatní sociální služby	1,28	2,99	2,76
mandatorní	1,07	1,69	1,89
rozvojové	0,21	1,30	0,87
ekonomické služby	26,42	17,70	21,24
dluhová služba	1,81	0,8	0,94
<b>výdaje celkem (mil. pula)</b>	<b>3372,2</b>	<b>11536,5</b>	<b>39489,2</b>

zdroj: Bank of Botswana, 2010b, s. 94-95

<sup>10</sup> Lze tedy říci, že Botswanská národní banka se nepřímo kloní k širšímu chápání pojmu welfare state obsahujícímu sociální, zdravotní a vzdělávací politiku tak, jak ho vymezil W. Beveridge.

## Vzdělávací politika

První institucionalizovaná forma vzdělávací politiky vznikla v Botswaně v roce 1976, kdy byla založena Národní komise pro vzdělávání (*National Commision on Education*). Hlavním výstupem její činnosti byla doporučení pro tvorbu vzdělávací politiky v Botswaně, která se měla zaměřit především na dostupnost primárního vzdělávání pro všechny děti, zvýšení veřejných výdajů na vzdělávání a vzdělávání v takových oborech, po kterých byla v Botswaně poptávka. Konkrétním opatřením tak např. bylo zavedení základní devítileté školní docházky a vyškolení odpovídajícího počtu učitelů (Ministry of Education, 2000).

Koncem 70. let jsou zároveň zahajovány pilotní programy pro zvýšení gramotnosti Botswanaňů, které se setkávají s velkým zájmem místních obyvatel. Vzniká tak Národní program gramotnosti, který umožňuje vzdělání i dospělým (Central Statistics Office, 2003, s. 4). Významným prvkem, který napomohl rozvoji vzdělávání, bylo zrušení školních poplatků v roce 1980 (UNSECO, 2006, s. 11).

Nejvhodnějším ukazatelem měřící úspěšnost vzdělávacích politik v rozvojových zemích, stejně tak v Botswaně, je podíl gramotných na celkové populaci. Tento ukazatel však až do roku 1993 nebyl dostupný, neboť neexistovaly žádné erudované průzkumy, a tak všechny předchozí hodnoty jsou jen odhady založené např. na docházce do škol, počtu absolventů apod. (Central Statistics Office, 2003, s. 5-6).

První oficiální výzkum gramotnosti z roku 1993 odhalil celkovou gramotnost 15+ 68,9 % s minimálními rozdíly mezi muži a ženami (Central Statistics Office, 2003, s. 16). Zvyšující se počet gramotných byl však doprovázen vysokou mírou nedokončení základního vzdělávání, zvláště u dívek nejčastěji v důsledku otěhotnění či potřeby starat se o členy rodiny nakažené virem HIV. Dalším problémem je částečná diskriminace menšinových etnik oproti hovořícím sečwansky. Přes deklarovanou otevřenost školství se na školách vyučuje kromě angličtiny právě v jazyce sečwana (Hanemann, 2005, s. 2).

V roce 1994 byla přijata Revidovaná národní politika vzdělávání (*Revised National Policy on Education*) navrhuující změny jak ve vzdělávání dětí, tak i dospělých. Především bylo cílem opatřit vzdělání i těm, kteří nenavštěvují školu a odstranit nerovný přístup k základnímu vzdělání, dále posílit obsah neformálního vzdělávání a zrovnoprávnit ho k formálnímu nebo rozšířit možnosti předškolního vzdělávání což je



zásadní předpoklad k úspěšnému absolvování základního vzdělávacího stupně (Central Statistics Office, 2003, s. 5; Central Statistics Office, 2009a, s. 7).

Zatímco u primárního vzdělávání byly dosaženy potřebné kapacity<sup>11</sup> a pozornost se upřela spíše na zkvalitnění vzdělávání vyučujících, v případě sekundárního a terciárního vzdělávání panovala v 90. letech jak nízká nabídka, tak i poptávka (BFTU, 2007a, s. 4-5).

Rozvoj školství financovaného centrální vládou s postupem času více a více zatěžoval veřejné rozpočty (viz kapitola výdaje veřejných rozpočtů), takže politici začali uvažovat o zavedení školného při respektování myšlenky, že vzdělání musí být dostupné všem obyvatelům bez výjimky. V roce 2006 se tak zavádí školné pro všechny žáky navštěvující předstupeň středních a střední školy ve výši 300 pula (přibližně 700 Kč) ročně, pro cizince je poplatek 3000 pula (Ministry of Education and Skills Development, 2011).

Vysoké školství v Botswaně je zajišťováno jedinou veřejnou univerzitou, která samostatně funguje od roku 1982. Do roku 1995 byl realizován systém školného založený na odvádění 5 % z příjmu po vystudování univerzity. Po roce 1995 platí studenti školné během studia, dostávají na něj však bezúročné půjčky, které po nástupu do zaměstnání splácejí (UNESCO, 2006).

Botswana vykazuje mírná zlepšení v ukazateli docházky do škol, když základní navštěvuje 87 % všech dětí, v roce 2005 to bylo 85 %, střední školy pak 61 %, resp. 56 % (UNDP, 2010, s. 194). Veřejné výdaje na vzdělávání odpovídají přibližně 7,8 % HDP (World Bank, 2013).

Úroveň gramotnosti u obyvatel starších 15 let v roce 2010 dosáhla podle odhadů 84 % (UNESCO, 2011a). Za 20 let tak došlo ke zlepšení o 15 procentních bodů. Podíl učitelů s odpovídající kvalifikací vyučujících na základních školách přesahuje 94 % a na jednoho učitele v průměru připadá 25 žáků (UNDP, 2010, s. 194). Lze tedy říci, že

---

<sup>11</sup> Počet základních škol se zvýšil z počtu 250 v roce 1966 přes 700 v roce 1996 na 770 v roce 2006, přičemž 90 % tvoří školy zřizované vládou, necelých 10 % jsou školy soukromé a zbytek (okolo 10 škol) je financován rozvojovou pomocí (BFTU, 2007: 4; Central Statistics Office, 2009: 42). K obdobnému nárůstu došlo i v případě středních škol, kdy v roce 1966 jich bylo 9, v roce 1996 narostl počet na 261 a v roce 2006 na 274. Podíl škol financovaných vládou tvoří už jen necelých 10 %, soukromé 15 % a zbytek, 75 % je zřizován rozvojovou pomocí (BFTU, 2007: 4; Central Statistics Office, 2009, s. 48).

základní infrastruktura pro vzdělávání je v Botswaně vybudována, avšak země se nadále potýká s problémy.

Pouze čtvrtina populace ve věku 25 let a starší dosáhla alespoň středoškolského vzdělání, dalším problémem je, že 13 % žáků nedokončí základní školu. Optimální vývoj dosud nebyl dosažen ani v rozšíření vyššího vzdělání – pouze 5 % populace ve vysokoškolském věku studuje na univerzitě (UNDP, 2010, s. 194).

Snahu řešit problémy s nízkou účastí žáků a studentů na středních a vysokých školách odhaluje pohled na přeskupení vládních výdajů na primární, sekundární a terciární vzdělávání. V posledních letech je prioritou vysoké školství, kam míří přes 41 % vládních prostředků určených pro školství. Detailnější údaje nabízí Tabulka 5: Vybrané ukazatele vzdělávací politiky Botswany.

Tabulka 5: Vybrané ukazatele vzdělávací politiky Botswany

	1990	2005	2009
výdaje na primární vzdělávání (% z celkových výdajů)		30	17,8
výdaje na sekundární vzdělávání (% z celkových výdajů)		39,6	32,7
výdaje na terciární vzdělávání (% z celkových výdajů)		27,9	41,5
veřejné výdaje na školství (% HDP)	5,7	9,5	7,8
veřejné výdaje na školství (% z celkových veřejných výdajů)		21,5	16,2
počet dětí na učitele – základní školy	32	26	25
podíl dětí v dané věkové skupině navštěvujících základní školu (%)		85	87
podíl dětí v dané věkové skupině navštěvujících střední školu (%)		56	61
podíl studujících VŠ v dané věkové skupině (%)	4	7	
gramotnost 15+ (%)	69	81	84

Zdroj: World Bank, 2013; UNESCO, 2013

## Zdravotní politika

Zdravotní péče, jak už napovídá pohled na vládní výdaje, patřila společně se vzděláváním k dlouhodobým prioritám botswanské vlády. Primárním cílem bylo umožnit všem obyvatelům přístup k základním zdravotním službám.

Zdravotní péči v Botswaně obstarávají misijní, důlní a soukromá zdravotnická zařízení a především státní zdravotnické instituce. Tamní zdravotní systém je považován za jeden z nejlépe fungujících v Africe (BFTU: 2007b, s. 8).

Zdravotnická péče sestává z hierarchické struktury, jejíž nejnižší úroveň reprezentují mobilní zdravotnická centra, na vyšších úrovních pak následují zdravotní centra, kliniky, okresní nemocnice a na nejvyšší úrovni stojí 2 krajské nemocnice v Gaborone a Francistownu (tamtéž).

Hlavním úspěchem botswanské zdravotní politiky může být vybudování dostupné sítě zdravotních institucí, což dokládá ukazatel dostupnosti, kdy v roce 2007 žilo 84 % populace ve vzdálenosti do 5 km od nejbližšího zdravotního centra, 95 % populace do vzdálenosti 11 km (Owolabi, 2011, s. 28). Dalším ukazatelem může být počet zdravotních zařízení, kterých bylo v roce 1968 celkem 141, zatímco o 30 let později 1324 včetně 30 nemocnic, 222 klinik atd. (UNDP, 2005, s. 20). K podobným zlepšením došlo i v případě kojenecké úmrtnosti, která v roce 1965 činila 105,8 ‰ a v roce 2010 poklesla na 21 ‰ (World Bank, 2011a, World Bank 2013).

Jeden ze základních ukazatelů, a to naděje dožití při narození, dosáhl též zlepšení, avšak jasně poukazuje na patrně největší problém současné Botswany, a tím je rozšíření viru HIV. Zatímco v roce 1965 byla naděje dožití 52 let, v roce 2010 je 55 let. Tento pohled však neodhaluje vývoj tohoto ukazatele. Ten totiž od roku 1965 až do roku 1990 vystoupal na 64 let. Od té doby ale zaznamenal strmý propad právě v důsledku šíření viru HIV na 49 let v roce 2002. Botswana tak na počátku tisíciletí vykazovala horší hodnotu naděje dožití než na konci koloniální éry (World Bank, 2011a).

Financování zdravotnictví se v současné době opírá především o veřejné výdaje, které v roce 2009 kryly 65 % všech výdajů na zdravotnictví. Zbýlých 35 % pochází ze soukromých zdrojů, přičemž zhruba polovinu tvoří dotace, rozvojová pomoc apod., třetinu poplatky pacientů za zdravotnické služby a přibližně pětinu soukromé pojištění, které je zcela dobrovolné. Výše poplatků za zdravotnické služby se pohybuje mezi 2 a 5 pula, což odpovídá 5 až 25 Kč (WHO, 2009a; WHO, 2011a; World Bank, 2013). Vzhledem k nízké spoluúčasti pacientů se přemýšlí o rozšíření spolufinancování ať už formou dalších poplatků, nebo pojištění organizovaného státem apod. (BFTU, 2007b, s. 13).

Rozdíl mezi soukromými a veřejnými zdroji ve zdravotnictví však nebyl v minulosti tak výrazný. V roce 1995 byl tento podíl přibližně vyrovnaný, přičemž struktura soukromého financování se téměř nelišila od té současné, takže spolupodílení pacientů

na zdravotní péči bylo mnohem výraznější – tvořilo 20 % všech výdajů na zdravotnictví. Výraznější podíl veřejných výdajů není ani tolik výrazem vládní politiky jako snahou řešit epidemii AIDS, jen obtížně financovatelnou ze soukromých zdrojů kromě zahraniční pomoci (WHO, 2011a; World Bank, 2011a).

Občané mají možnost zapojit se do soukromých pojišťovacích fondů. V posledních letech tak význam pojištění stoupá (zvláště ve srovnání s přímými platbami), jak dokládají i data v Tabulce 6: Vybrané statistiky zdravotnictví v Botswaně. Chybí však výraznější státem organizovaný pojišťovací fond, přesto a možná právě proto jsou veřejné rozpočty dominantním zdrojem financování zdravotnictví (WHO, 2010).

Tabulka 6: Vybrané statistiky zdravotnictví v Botswaně

	1995	2000	2005	2010
podíl veřejných výdajů na financování zdravotnictví (%)	52,4	62,2	79,1	64,5
veřejné výdaje na zdravotnictví (% z celkových veřejných výdajů)	5,7	7,3	16,8	8,7
podíl přímých plateb na soukromých výdajích (%)	37,3	36,7	22,7	12,7
podíl pojištění na soukromých výdajích (%)	4,1	4,1	49,1	79,9
výdaje na zdravotnictví (% k HDP)	4,2	4,7	7,2	5,1
naděje dožití při narození (roky)	59	51	50	53
kojenecká úmrtnost (‰)	45	51	29	21

Zdroj: Wolrd Bank, 2013; WHO, 2013

## Sociální politika

Zatímco především vzdělávání, ale i zdravotnictví se v Botswaně může těšit výrazné vládní podpoře, pozice sociální politiky je mnohem komplikovanější. Z veřejných rozpočtů jde na sociální zabezpečení včetně potravinové podpory 4,5 % z celkových výdajů (Bank of Botswana, 2010b, s. 94-95).

Většina sociálních transferů podléhá přezkoumávání příjmů, zatímco univerzální dávky se vyskytují v daleko menší míře než v okolních zemích. Pouze formálně zaměstnaní mohou dosáhnout na nějakou z forem sociální ochrany (Ulriksen, 2011, s. 5).

Základ sociální ochrany tvoří starobní důchody a podpora sirotků. Tyto dávky byly zavedeny přijetím příslušných zákonů v roce 1996. Na starobní důchod mají nárok všichni občané ve věku 65 let a starší (naděje dožití, jak bylo uvedeno v předchozí části,

v roce 2009 dosáhla 55 let) bez ohledu na finanční situaci a v roce 2009 byl vyplácen ve výši 166 pula měsíčně (přibližně 380 Kč), přičemž dávka se valorizuje v závislosti na růstu životních nákladů (ISSA, 2009, s. 38). V roce 2009 bylo v Botswaně ve věku 65 let a více 3,8 % obyvatel z celkové populace (World Bank, 2011a).

Podpora sirotků je určena pro všechny děti do 18 let, které nemají ani jednoho rodiče. V roce 2009 činila dávka 216,6 pula (přibližně 500 Kč), což má pokrýt nezbytné výdaje na potravu, ubytování, oblečení a všechny školní náležitosti. Jak podpora sirotků, tak i starobní důchod je plně hrazen z veřejných financí (ISSA, 2009, s. 38).

Dalším více méně univerzálním opatřením je zajištění jídla pro školáky a další zranitelné občany, který celkem obsluhuje téměř třetinu národa (zhruba 300 tis. školáků a 270 tis. chudých).

Úžeji zacílený je program na podporu chudých zemědělců zasažených suchem, kteří po celou dobu sucha mohou pracovat na veřejných projektech za minimální mzdu. Tohoto programu se každoročně účastní přibližně 100 až 200 tisíc občanů (Seleka a kol., 2007, s. 9). Někdy je program kritizován, že účastníci dostávají ještě nižší než minimální mzdy (Ulriksen, 2010, s. 157).

Případ nemoci a vyplácení nemocenské reguluje zákon z roku 1982, který garantuje nemocným proplacení 14 pracovních dnů v roce. Mateřství taktéž není výrazně podporováno, když zaměstnavatel je povinen vyplácet matce 6 týdnů před očekávaným porodem a 6 týdnů po porodu dávku ve výši 25 % denního platu nebo minimálně 0,5 pula denně, což je přibližně 1,2 Kč (ISSA, 2009, s. 38).

Podpora v nezaměstnanosti, jeden ze základních nástrojů sociální politiky, se v Botswaně vyplácí od roku 1984 a mají na ni nárok pouze lidé zaměstnaní alespoň 5 let u jednoho zaměstnavatele. Podporu poté hradí zaměstnavatel. Posledním nástrojem sociální politiky jsou příspěvky na rodinu, které se v celkové výši 233 pula měsíčně (530 Kč) v roce 2009 vypláceli lidem, jež nebyli schopni se svým příjmem pokrýt základní životní potřeby (ISSA, 2009, s. 39).

Data hodnotící sociální politiku a její výsledky nejsou pro Botswanu zcela přístupná. Giniho koeficient příjmové nerovnoměrnosti je dostupný za roky 1994 a 2003 a vykazuje takřka neměnnou hodnotu 0,537 a 0,573 (Central Statistics Office, 2009c, s.

13) – tedy žádné zlepšení v oblasti nerovnoměrného rozložení bohatství v botswanské společnosti.

Podíl obyvatelstva žijící pod národní hranicí chudoby dlouhodobě klesá, když v roce 1993 byla tato hodnota odhadována na 47 %, v roce 2002 na 30 % a v roce 2009 na 23 %. Nepříznivá je však míra nezaměstnanosti, která z velké části ovlivňuje i rozsah chudoby. Nezaměstnanost se sice podařilo snížit z hodnot okolo 25 % v roce 1984 na 13,8 % v roce 1991. Od té doby však značně kolísá a před nástupem ekonomické krize dokonce přesáhla předchozí vysoké hodnoty, a nezaměstnanost tak byla v roce 2008 odhadována na 26 %. Tyto ukazatele jsou však částečně ovlivněny ač relativně malým, ale přítomným neformálním sektorem (The Government of Botswana, United Nations, 2010, s. 20; World Bank, 2011a).

Zatímco ve vládních dokumentech a dokumentech mezinárodních organizací lze vysledovat pozitivní ohlasy k botswanskému boji s chudobou a jinými problémy ohrožujícími sociální soudržnost (The Government of Botswana, United Nations, 2010), v textech akademiků a jiných odborníků převažuje spíše kritický tón akcentující neexistenci koherentní sociální politiky bojující s chudobou a nezaměstnaností. Dále je kritizována většina sociálních programů za jejich úzké zaměření, na které dosáhne jen malá část populace, navíc výše sociální podpory bývá absolutně nedostatečná. Dalším problémem pak je, že programy na podporu nejchudších mnohdy nenajdou příjemce (Ulriksen, 2010, s. 164, 168).

## **Shrnutí**

Botswana prodělala jeden z celosvětově nejvýznamnějších ekonomických růstů alespoň dle nejrozšířenějších ukazatelů, neboť HDP na hlavu se za posledních 10 let zdvojnásobilo. Dlouhodobě si udržovala silný vliv státu, když ještě v roce 2006 procházelo 45 % HDP státním rozpočtem, v roce 2010 však podíl klesl na 33 %. Botswana mohla využívat finanční zdroje z těžby diamantů, avšak v posledních letech se podíl tohoto zdroje díky částečné privatizaci snižuje. Díky tomu narůstá význam ostatních příjmů, především pak daní příjmových (u fyzických osob progresivních) i nepřímých (DPH), ačkoliv v reálných hodnotách k takovému nárůstu nedochází.

V oblasti veřejných výdajů jsou v současnosti vymezeny 2 priority, a to vzdělání a podpora ekonomiky. Vláda ve všech svých dokumentech potvrzuje toto zaměření častým zdůrazňováním ekonomického rozvoje podmíněného vzdělanou společností. Významnou roli sehrává i zdravotnictví, jež je nákladné především kvůli snaze řešit epidemii AIDS/HIV.

Vzhledem k výše zmíněným vládním prioritám a relativně slabé funkci sociální politiky, která občanům poskytuje jen minimální záchrannou síť, lze v tomto ohledu Botswanu označit za velice liberálně orientovanou zemi, která ponechává výraznou odpovědnost na občanech. Důkazem toho může být i program na ochranu zemědělců zasažených suchem, který vyžaduje od příjemců pracovní aktivitu, aby na dávky mohli dosáhnout. Většina sociálních programů je už od 90. let ukotvena v zákonech. V Botswaně se tak relativně brzy prosadil „*right-based*“ přístup.

Botswana zároveň respektuje princip subsidiarity a doposud udržuje tradiční hodnoty v podobě udržování role rodiny jako základního prvku v sociálním zabezpečení i v postavení ženy ve společnosti.

Ačkoliv Botswana byla označena za stát realizující spíše liberální politiku, zachovává velmi progresivní zdanění. Dalším aspektem odlišujícím Botswanu od liberálního welfare státu je udržování celní politiky a opatrné otevírání se globálnímu obchodu. Hlavní rozdíl mezi liberálním a rozvojovým welfare státem je pak v míře intervencí státu na trhu, což Botswanu vzhledem k regulačnímu postoji k trhu přibližuje rozvojovému welfare státu.

Botswaně se podařilo vybudovat základní infrastrukturu jak pro školství, tak i pro zdravotnictví, a naplnila tak v úvodu citovanou definici welfare státu, tedy že stát musí alespoň minimálním způsobem zajistit podmínky pro prosperitu občanů. Větší díl zodpovědnosti však ponechává na občanech.

## Ghana

### Makroekonomický vývoj

Ekonomický růst Ghany byl v 90. letech relativně stabilní mezi 3 a 5 % ročně. Od roku 2003 postupně docházelo k urychlování růstu, když průměrný růst HDP stoupal od 6 % v roce 2004 na 8 % v roce 2010. V roce 2010 tak HDP na hlavu dosahovalo 1331 \$, zatímco v roce 1990 činilo přibližně 403 \$. Tento růst však doprovázela vysoká inflace, která v roce 1990 dosahovala 37 % a až do roku 2011 neklesla na jednociferné hodnoty (World Bank, 2013). V důsledku ztráty hodnoty byla ghanská měna v roce 2007 redenominována v poměru 10 000 GHC = 1 GHS<sup>12</sup> (ČNB, 2013).

Vývoj Ghany byl v 80. a 90. letech silně ovlivněn politikou mezinárodních organizací jako Světová Banka a Mezinárodní měnový fond, které realizovaly v Ghaně tzv. strukturální programy přizpůsobení. To však nebránilo Ghaně přijmout v letech 1988 až 1992 reformní zákony, které se dotkly i ústavy. Jednou z nejvýznamnějších změn byla decentralizace státní správy a posílení samosprávy vznikem oblastních rad (*District Assemblies*) a v roce 1998 místních sdružení (*Unit Committees*). Tato decentralizace se výrazně promítla do většiny sektorových politik, navíc mnohdy pozitivně ovlivnila efektivitu implementace strukturálních programů přizpůsobení (MacLean, 2002, s. 84).

Výrazný vliv na domácí ekonomiku má velice rozsáhlý neformální sektor. Je odhadováno, že až 80 % ekonomicky aktivních působí převážně právě v „šedé“ ekonomice (Osei-Boateng a Ampratwum, 2011, s. 9).

### Příjmy veřejných rozpočtů

Zatímco v roce 1990 byla hlavním zdrojem státního rozpočtu cla, která tvořila více než třetinu těchto příjmů, v důsledku neoliberální politiky a tlaku mezinárodních organizací jejich význam poklesnul na 11,8 % v roce 2011. Ostatní složky příjmů tak na úkor cel posílily včetně nedaňových příjmů nejčastěji v podobě privatizace a zisků ze státních podniků. Relativně vysoký podíl (2. největší) si zachovává DPH, jež převyšuje i jednotlivé daně z příjmů. Daň z přidané hodnoty je uvalena na všechno zboží ve výši 12,5 % (Ghana Revenue Authority, 2013), byla zavedena v roce 1997, kdy nahradila

---

<sup>12</sup> Původní název měny GHC – cedi se změnil na GHS – ghanský cedi. Aktuální přibližný kurz je 1 GHS = 10 CZK (ČNB, 2013).



tehdejší prodejní daň ve výši 15 % (Prichard, 2009, s. 16). Podrobnou skladbu veřejných příjmů uvádí Tabulka 7: Vybrané příjmy státního rozpočtu Ghany.

Tabulka 7: Vybrané příjmy státního rozpočtu Ghany (% z celkových příjmů)

	1990	1995	2000	2005	2011
daňové příjmy	82	63,8	76,3	75,1	71,3
přímé daně	19,7	15,4	22,8	23,1	32,9
daň z příjmu FO	6,4	8,8		9,8	12,6
korporátní daně	12,5	4,6		11	14,9
nepřímé daně	62,3	48,4	51,5	47,9	32,7
DPH	9,3	3,9	18,5	17,6	16,9
daň z ropy	9,7	12,6		13,3	2,8
cla, tarify apod.	34,6	28	17	14,6	11,8
 National Health Insurance Levy (NHIL)				4,1	4,1
 nedaňové příjmy	7,4	30,9	4,9	6,8	15,4
 rozvojová pomoc / dotace	10,6	5,3	21,1	18	11,3
 celkové příjmy (mld. GHC / GHS)	267	1784	5385	28256	11,967

Zdroj: CEPA, 1996; CEPA, 2006; Ministry of Finance Ghana, 2013

Objem prostředků proudících do státního rozpočtu v poměru k HDP má stoupavou tendenci. Zatímco v roce 1990 byly příjmy rozpočtu rovny 12,5 % HDP, v roce 2011 dosahují 19,6 % HDP (World Bank, 2013). Tento vývoj odpovídá posunu od neoliberálního přístupu k post-neoliberálnímu, neboť stát se stává významnějším hráčem na ekonomickém poli.

Přímé zdanění se rovnoměrně opírá o daň z příjmu fyzických osob a o korporátní daně. Daň z příjmu fyzických osob je nastavena progresivně zvláště u nejbohatších skupin. Přesný výpočet zdanění uvádí Tabulka 8: Výpočet daně z příjmu fyzických osob v Ghaně. Korporátní daň je nastavena na 25 % ze zisku společnosti (Ghana Revenue Authority, 2013).

Tabulka 8: Výpočet daně z příjmu fyzických osob v Ghaně

roční výše příjmů (ghanský cedi)	způsob zdanění
do 1584	daň se naplatí
1584 - 2376	5 % z (x - 1584)
2377 - 3480	39,6 + 10 % z (x - 2376)
3481 - 31680	150 + 17,5 % z (x - 3480)
nad 31680	25 % z x

Pozn.: x = výše ročního příjmů

Zdroj: Ghana Revenue Authority, 2013

## Výdaje veřejných rozpočtů

Objem veřejných výdajů jako podíl HDP neustále roste. V roce 1990 dosahoval tento podíl necelých 16 %, v roce 2001 poté 18,7 % a v roce 2011 se vyšplhala tato hodnota na 21,3 %. V tomto případě je tak jasně patrný posun od neoliberálního pojetí „štíhlého“ státu k jeho významnější roli v ekonomice. Tento nárůst ovlivňují každé 4 roky i parlamentní volby, před kterými se jednorázově zvedají výdaje ve snaze zajistit si znovuzvolení. Po volbách však nedochází ke snižování těchto výdajů (Loloh, 2011, s. 4).

Po celých 20 let mají převahu mandatorní výdaje veřejných rozpočtů. Ačkoliv jejich podíl v 90. letech jako následek neoliberálních reforem klesal, v novém tisíciletí se začal jejich význam opět zvyšovat. Nejvýraznější složka výdajů je použita na chod státu a platy státních zaměstnanců. V posledních 10 letech také začal narůstat význam transferů kvůli zvyšujícímu se počtu i finančnímu objemu sociálních programů. Přes zapojení Ghany do programu na odpouštění dluhů chudým rozvojovým zemím tvoří dluhová služba stále více než 10 % veřejných výdajů.

Díky částečně klesajícím mandatorním výdajům se zvyšuje podíl investičních. Více než polovina je financována zahraniční rozvojovou pomocí. Ghanská vláda téměř polovinu vlastních zdrojů investuje do ropného průmyslu a státní těžbařské společnosti. Zbytek prostředků je použit na podporu nižších administrativních úrovní, vzdělávání a dopravní infrastruktury. Detailnější skladbu výdajů státního rozpočtu Ghany uvádí Tabulka 9: Vybrané výdaje státního rozpočtu Ghany.

Tabulka 9: Vybrané výdaje státního rozpočtu Ghany (% z celkových výdajů)

	1990	1995	2000	2005	2011
mandatorní	75,1	70,5	59,91	60,95	68,14
platy a mzdy	31,2	24,9	30,09	27,58	28,89
zboží a služby	16,1		10,77	10,39	6,18
transfery	16,2		4,18	11,15	17,61
penze				2,20	2,08
sociální zabezpečení				2,11	2,68
National Health Fund				3,29	3,66
ostatní					8,28
dluh	10,4	19		11,84	12,47
investiční - rozvojové	18,3	16,8	40,09	39,05	31,85
vzdělávání			0,49		2,92
doprava			3,92		1,14
lokální a regionální rozvoj			2,97		4,10
celkové výdaje (mld. GHC)	264	1732	6500	29893	13,534

Zdroj: CEPA, 1996; CEPA, 2006; WB and IMF, 2004; Ministry of Finance Ghana, 2013

## Vzdělávací politika

V roce 1987 byly zahájeny reformy vzdělávacího systému, v rámci kterých byla zkrácena výuka. Základní a střední vzdělávání by tak v současnosti trvá celkem 12 let. Prvních 6 let je označováno jako základní školství, následující 3 roky jako nižší střední (*Junior secondary school*) a poslední 3 roky jako vyšší střední (*Senior secondary school*). Prvních 9 let mělo být dle ghanské ústavy z roku 1992 zdarma, nicméně většina škol ještě 10 let poté vybírala alespoň minimální poplatky (Little, 2010, s. 42-44; Maikish a Gershberg, 2008, s. 5).

Kvalita veřejných základních škol však byla v 90. letech značně nízká (zvláště ve srovnání se soukromými). Důkazem toho je, že mnozí žáci měli po absolvování základního stupně stále problémy se čtením a psaním. Navíc pouze 25 % žáků pokračovalo na střední školy, když nejčastějším důvodem, proč nepokračovat ve studiu, byly uváděny náklady. Školství navíc kopírovalo regionální rozdíly, když do nejchudších oblastí bylo alokováno nejméně prostředků. Mohla za to především slabší státní správa a různé způsoby implementace národních plánů v důsledku decentralizačních procesů a posílení rozhodovacích pravomocí regionálních autorit (Canagarajah a Ye, 2001, s. 8; Maikish a Gershberg, 2008, s. 28-30).

Základní školství tak zcela nenaplněovalo principy univerzality a bezplatnosti, když se problémy s poskytováním vzdělání objevovaly u nejchudších a ve venkovských oblastech. Oproti tomu městské oblasti byly v rámci financování proporcionálně upřednostňovány. U středního a vysokého školství nastavené parametry dokonce zvýhodňovaly bohaté (Canagarajah a Ye, 2001, s. 14).

Po strmém nárůstu návštěvnosti základních škol a vyrovnávání rozdílu mezi dívkami a chlapci na konci 80. let tak mezi roky 1992 a 1998 návštěvnost dokonce lehce klesla (UNESCO, 2010).

V zájmu zvrácení tohoto nepříznivého trendu, kdy v roce 1996 bylo odhadováno, že až 30 % dětí nenavštěvuje školu, se od roku 1996 začaly aktivně rušit poplatky za základní vzdělání. Plného zrušení však bylo dosaženo až v roce 2004. Finanční ztráty spojené s ukončením školného vláda kompenzovala navyšováním finanční podpory školství. V reálných hodnotách však docházelo po roce 2000 dokonce ke snižování výdajů na vzdělávání (Maikish a Gershberg, 2008).

Zrušení školného zvýšilo návštěvnost škol zvláště na venkově, neboť v městských oblastech už byla návštěvnost na relativně vysoké úrovni a nebyl takový prostor pro zlepšení. Celkově v roce 2010 dosáhla čistá návštěvnost základních škol 78 %, hrubá 96,4 %, zatímco v roce 2001 tyto indikátory dosahovaly hodnot 59 %, resp. 80 % (Ministry of education Ghana, 2013). Tento trend je patrný i v Tabulce 10: Vybrané ukazatele vzdělávací politiky Ghany. Nedošlo však ke zlepšení v počtu žáků, kteří předčasně odcházejí ze škol, což je v současnosti jeden z nejpalčivějších problémů Ghany. Primárně je k předčasnému odchodu ze základní školy motivuje špatná kvalita vzdělávání a přeplnění tříd kvůli zrušení školného (Maikish a Gershberg, 2008).

V důsledku vysokého podílu předčasně končících žáků je i nízká účast na středních a vysokých školách. Na středních školách dosáhla v roce 2008 čistá návštěvnost 32 % a na vysokých přibližně 8 % (UNESCO, 2010).

Tabulka 10: Vybrané ukazatele vzdělávací politiky Ghany

	1990	2005	2009
výdaje na primární vzdělávání (% z celkových výdajů)		39,5	33,1
výdaje na sekundární vzdělávání (% z celkových výdajů)		32,5	38
výdaje na terciární vzdělávání (% z celkových výdajů)		22,1	23,9
veřejné výdaje na školství (% HDP)	3,2	7,4	5,3
veřejné výdaje na školství (% z celkových veřejných výdajů)		26	24,2
počet dětí na učitele – základní školy	27	33	33
podíl dětí v dané věkové skupině navštěvujících základní školu (%)		66	77
podíl dětí v dané věkové skupině navštěvujících střední školu (%)		40	46
podíl studujících VŠ v dané věkové skupině (%)	1	6	9
gramotnost 15+ (%)			67

Zdroj: World Bank, 2013; UNESCO, 2013

## Zdravotní politika

Počátek 90. let je ve zdravotnictví ve znamení regulačních poplatků. Vzhledem k vysoce deficitním rozpočtům v 80. letech byla Ghana donucena přijmout strukturální programy přizpůsobení, a silně tak omezit veřejné výdaje včetně těch na zdravotnictví. Od poplatků byly osvobozeny pouze děti do 5 let, nejchudší obyvatelé a starší 70 let (Canagarajah a Ye, 2001, s. 21).

Následkem zavedení regulačních poplatků kleslo využití zdravotnických zařízení místy až o 80 % a během následujících 10 let se polovina obyvatelstva odklonila od „moderní“ medicíny k tradičním způsobům léčby (Oxfam, 2011, s. 17).

V 90. letech vládní zdravotní politika ve svém důsledku zvýhodňovala bohatší městské regiony s většími nemocnicemi. O venkovské oblasti se starala především rozvojová pomoc. Vzhledem k snižujícím se prostředkům této pomoci docházelo k větším rozdílům ve financování městských a venkovských regionů. Navíc opatření realizovaná v chudších oblastech neměla za následek zlepšení měřitelných indikátorů. V některých regionech se však i s omezenými rozpočty dařilo úspěšně organizovat zdravotní péči. Hlavním problémem tak byla neefektivní administrativa (Canagarajah a Ye, 2001, s. 42).

Už během 90. let Ghana experimentovala s různými systémy zdravotního pojištění. Reálného spuštění však bylo dosaženo až v roce 2004 Systémem národního zdravotního

pojištění (*National Health Insurance Scheme*). Je založen na spoluúčasti občanů a poskytuje zdravotní péči jen těm, kteří do systému přispívají. Roční poplatek se liší v závislosti na příjmech domácnosti od 7,2 cedi do 48 cedi, tedy přibližně od 70 do 500 Kč, avšak vzhledem k problémům s určováním příjmů domácností platí chudší vyšší poplatky (Abiro a McIntyre, 2012, s. 2). Pojistné platit nemusí pouze děti do 18 let v případě, že jejich rodiče se účastní systému, dále starší 70 let, těhotné ženy a nejchudší občané. Mezi lidmi ale panovalo slabé povědomí o těchto výjimkách, navíc nejchudší si nemohli dovolit ani zaplatit za cestu do nemocnice, takže bezplatná zdravotní péče jim byla vzdálená (MacLean, 2002, s. 81).

Pojistný fond je financován z části výběru DPH (2,5 %), dále povinně přispívají formálně zaměstnaní<sup>13</sup>, kterým jsou odpuštěny roční poplatky, a tak mají pojištění de facto zdarma (viz poznámka pod čarou). Z celkových příjmů fondu pochází 70 % z DPH, 23 % z pojištění zaměstnaných a 5 % z ročních poplatků (Abiro a McIntyre, 2012, s. 3).

V roce 2009 prezident přislíbil, že zdravotní péče bude pro děti do 18 let zdarma, což by společně s důchodci tvořilo 50 % populace s volným přístupem ke zdravotnictví (Oxfam, 2011, s. 18).

Efektivita tohoto systému zůstává diskutabilní. Vládní instituce uvádějí 60 – 70% pokrytí populace, zatímco neziskové organizace 15 – 20%. Většinové financování fondu z DPH je podrobováno kritice, neboť chudí se údajně podílí na financování stejně jako bohatí. Není však zmíněno, že bohatí nakupují patrně více zboží podléhajícího DPH, a může se tak jednat o progresivní způsob financování (viz Oxfam, 2011 kontra Akazili a kol., 2011, s. 11). Čím vyšší mají občané příjmy, tím více se zapojují do pojistného fondu. Systému se tak účastní pouze 30 % nejchudších, zatímco nejbohatších 64 %. Obecně je zdravotní pojištění hodnoceno jako zvýhodňující bohaté. Ačkoliv je fond spíše progresivně financován, benefitují z něj především bohatí (Akazili a kol., 2012; Oxfam, 2011, s. 27).

Kromě státních zajišťují zdravotní péči i poskytovatelé soukromí – na venkově silně navázání na náboženské skupiny. Tito náboženští poskytovatelé zajišťují téměř 40 %

---

<sup>13</sup> Formálně zaměstnaní odvádí 17,5 % ze mzdy na sociální pojištění (většinou na starobní důchody), přičemž 2,5 procentního bodu je použito na financování zdravotního fondu. Zaměstnanci však mají garantováno, že jim o tento podíl nebude snižován starobní důchod, takže se de facto jedná o půjčku státu (Abiro a McIntyre, 2012, s. 2).

veškeré zdravotní péče. Nejčastější jsou zdravotnická centra provozovaná katolickou církví, případně islámskými zařízeními. Pro členy těchto náboženských organizací je zdravotní péče zdarma. Většinu zdrojů pak tvoří vládní podpora. Na venkově si významnou pozici uchovává tradiční způsob léčby, kterou v Ghaně poskytuje přibližně 40-50 tisíc lidových léčitelů. Jejich činnost se vláda snaží formalizovat (Accord, 2009, s. 14 a MacLean, 2002, s. 81).

Základní indikátory úspěšnosti zdravotnického sektoru – naděje dožití při narození nebo kojenecká úmrtnost – dlouhodobě vykazují pozitivní trend, viz Tabulka 11: Vybrané statistiky zdravotnictví v Ghaně. Ambiciózní reformy, především v podobě zavedení systému zdravotního pojištění, však teprve hledají cestu k občanům. Podíl přímých plateb na soukromých výdajích se totiž za posledních 15 let téměř nezměnil a dosahuje neuspokojivé hodnoty 67 %.

Tabulka 11: Vybrané statistiky zdravotnictví v Ghaně

	1995	2000	2005	2010
podíl veřejných výdajů na financování zdravotnictví (%)	57,5	48,7	66,4	58,2
veřejné výdaje na zdravotnictví (% z celkových veřejných výdajů)	9,9	8,3	15,2	12,1
podíl přímých plateb na soukromých výdajích (%)	63,5	64,4	63,7	66,7
podíl pojištění na soukromých výdajích (%)	10,4	10,6	11	6,3
výdaje na zdravotnictví (% k HDP)	5,3	4,7	7,0	5,2
naděje dožití při narození (roky)	58	58	61	64
kojenecká úmrtnost (‰)	70	64	58	53

Zdroj: Wolrd Bank, 2013; WHO, 2013

## Sociální politika

Sociální politika v podobě sociálního pojištění má v Ghaně dlouhou tradici, téměř od nabytí nezávislosti. Od 60. let byl zaveden systém sociálního pojištění pro formálně zaměstnané, kterým byla mimo jiné po dosažení důchodového věku<sup>14</sup> vyplácena jednorázová starobní penze. Jednalo se o první důchodový systém v subsaharské Africe (Dorkenoo, 2006, s. 54).

<sup>14</sup> Do roku 1972 byl důchodový věk pro muže 60 let a pro ženy 55 let. Po roce 1972 byl v obou případech snížen o 5 let., později byl však navrácen na původní hodnoty.

Výraznější změny doznal systém až v roce 1991, kdy byl přijat nový zákon k sociálnímu pojištění. Tentokrát se do systému mohli zapojit nejen zaměstnanci, ale i živnostníci a kdokoliv z neformálního sektoru. Účastníci do systému odváděli 17,5 % ze mzdy či příjmu<sup>15</sup>. Oproti předchozímu systému však nebyla vyplácena podpora v nezaměstnanosti. (MacLean, 2002).

V roce 2008 byla schválena reforma sociálního pojištění, kdy byl od roku 2010 zaveden tzv. 3-pilířový systém. První pilíř je organizován státem a účastníci do něj povinně odvádějí 13,5 % ze mzdy či příjmu, 2. pilíř je spravován soukromými institucemi a účastníci do něj povinně odvádí 5 % ze mzdy či příjmu. Oproti předchozímu stavu tak došlo k navýšení odvodů o 1 procentní bod. Poslední pilíř je založen na dobrovolné účasti a je ryze soukromý (SSNIT, 2013).<sup>16</sup>

Ze systému jsou oprávněni čerpat standardní benefity všichni, kteří se účastní alespoň 15 let. V 60 letech tak mají účastníci nárok na starobní penzi (50-80 % nejvyšší průměrné mzdy), což je nejvýznamnější výdajová složka fondu. Dále je pojištění určeno pro případ invalidity a pro případ smrti (SSNIT, 2011).

Ani tomuto modernímu systému se však nevyhýbají problémy. Tím největším je nízká účast, když se v roce 2010 aktivně účastnilo jen 900 tisíc občanů, zatímco ekonomicky aktivních v Ghaně bylo v témže roce přibližně 10 milionů. Je odhadováno, že pouze 90 tisíc účastníků pochází z neformálního sektoru (Abebrese, 2011; SSNIT, 2011; World Bank, 2013). Dalším problémem jsou i nízké mzdy, ze kterých následně pramení i nízké dávky (Dorkenoo, 2006). Podpora pro případ nemoci nebo rodičovské či mateřské dávky vypláceny nejsou (ISSA, 2011, s. 93-95).

Další část této podkapitoly se tak bude věnovat sociální politice zaměřené především na neformální sektor. Na základě úprav v ústavě z roku 1992 by měla sociální politika vycházet z existujících základů tradiční role rodiny a podporovat lokální vazby. V rámci této podpory i vzhledem k realizované decentralizaci se vláda soustředila na spolupráci s neziskovými organizacemi a komunitními centry v zajišťování sociálních služeb, sama tak tolik programů neorganizovala. Jedním z celonárodních programů byl PAMSCAD (*Programme of Actions to Mitigate the Social Costs of Adjustment*) na podporu

---

<sup>15</sup> Za zaměstnance odváděl 12,5 % zaměstnavatel a 5 % zaměstnanec. Živnostníci odváděli 17,5 % z čistého příjmu.

<sup>16</sup> Jedná se tedy o obdobný systém, jaký byl v nedávné době zaveden v České republice.



nejchudších, který měl přinášet pracovní příležitosti a finanční podporu. Provázely ho však problémy s doručováním této pomoci potřebným (MacLean, 2002, s. 82).

V 90. letech byly zavedeny mikrokreditní půjčky, které byly poskytovány na nejnižší administrativní úrovni, čímž se mělo zajistit rovnoměrné rozvrstvení tohoto opatření po celém území. Jejich úspěšnost však selhávala na netoleranci k výpadkům ve splácení půjček, ať už kvůli neúrodě nebo jiným důvodům, a na zneužívání politické moci na lokální úrovni (MacLean, 2002, s. 83).

Ačkoliv Ghana v 90. letech realizovala několik programů proti chudobě s finanční pomocí rozvinutých zemí (především potravinové programy), jejich úspěšnost byla slabá, což bylo způsobené hlavně špatnou koordinací a roztržitostí těchto programů. Zatímco ve vzdělávání a ve zdravotnictví zaznamenala Ghana zlepšení, v boji s chudobou nikoliv (IMF, 2012, s. 94).

V roce 2003 Ghana využila projektu odpouštění dluhů zadluženým chudým zemím, kde podmínkou odpouštění bylo, že použijí ušetřené prostředky na sociální rozvoj a boj s chudobou. Ghana tak přijala strategii sociálního zabezpečení (*National Social Protection Strategy*) a strategii k omezení chudoby (*Ghana Poverty Reduction Strategy*), jež měly být financovány pomocí prostředků ušetřených ze splácení dluhů. Tyto strategie jsou realizovány přes systémy sociálního a zdravotního pojištění (viz výše) a dále pomocí programů orientovaných na chudé nebo jinak znevýhodněné skupiny (Osei-Fosu, 2011).

Mezi takové programy patří mimo jiné „Jídlo do škol“ (*School Feeding Programme*), který byl zahájen v roce 2005 a je specializován na chudé oblasti. Každé dítě, které navštěvuje školu, má nárok na jedno teplé jídlo. Tento univerzální program zvýšil za 5 let fungování návštěvnost venkovských škol o 10-40 %. Vedle zajištění jídla pro školáky byl od roku 2004 zaveden systém dávek, ze kterých rodiče platí běžné náklady spojené se školní docházkou (Afoakwa, 2010, s. 4).

Dále byl v roce 2008 zahájen nepodmíněný pilotní program cílený na nejchudší, kteří jsou zároveň starší 65 let, nebo sirotky, případně mají nějaké postižení. Občané, kteří spadají do této skupiny, dostávají měsíční dávky. Vláda vynakládá na tento program celkem 0,1 % všech veřejných výdajů, zatímco v Ghaně žije pod hranicí extrémní chudoby (dle tamních výpočtů) přibližně 18 % obyvatel (Osei-Fosu, 2011).

Pod výše uvedené strategie spadají další programy, avšak svým finančním objemem ani dopadem nedosahují výrazného významu a kolem roku 2010 se spíše „zabíhaly“, než aby měly výraznější dopad.

## **Shrnutí**

Ghana společně se zavedením neoliberálních reforem přistoupila k decentralizaci státní správy, čímž výrazně zlepšila dopady těchto reforem (MacLean, 2002, s. 84). Výsledkem tak nebylo zhoršení situace ve školství, zdravotnictví i sociální oblasti, jako tomu bylo v jiných rozvojových zemích, ale „pouze“ její stagnace.

Od vrcholu neoliberální éry v 90. letech stoupá zapojení státu v ekonomice a v roce 2011 tvořily výdaje státního rozpočtu 21 % HDP. Ghanu však po celou sledovanou dobu trápí silné zadlužení, které je částečně řešeno odepisováním dluhu. Přesto více než 12 % veřejných výdajů musí pokrývat předchozí deficitní hospodaření.

Srovnatelné statistiky věnující se příjmům a výdajům veřejných rozpočtů jsou jen částečně dostupné, i tak lze vypozařovat v posledních letech nárůst významu přímých daní. Vzhledem ke zvyšujícímu se objemu HDP procházejícímu veřejnými rozpočty i navyšování podílu přímých daní na příjmech veřejných rozpočtů lze vyvozovat, že Ghaně se daří pomalu formalizovat šedou ekonomiku. Naopak se dlouhodobě snižuje podíl cel a tarifů na příjmech veřejných rozpočtů.

Ve výdajové oblasti je patrný nárůst prostředků do sociální oblasti především díky zavádění mnoha programů spadajících pod dvě hlavní národní strategie pro sociální oblast. Většina těchto programů je nepodmíněných zaměřených na širší populační skupiny (školáky, chudé apod.), tedy téměř univerzální.

Ghana ale také zavedla na rozvojové poměry ambiciózní systém sociálního pojištění, který slouží především pro zajištění penzí. Formálně zaměstnaní jsou zapojeni automaticky, ostatní se mohou dobrovolně přidat. Vzhledem k výraznému neformálnímu sektoru je však rozšíření tohoto pojištění zatím slabé, když do systému aktivně přispívá přibližně 10 % ekonomicky aktivní populace.

Školství taktéž zaznamenalo zvláště v poslední době pozitivní vývoj, když se zvýšil podíl dětí navštěvujících školy. Problémem však dále zůstává vyšší míra předčasného opouštění škol, výrazné regionální diferenciaci v návštěvnosti a nízká kvalita.

V důsledku neoliberálních reforem asi nejvíce utrpěla zdravotní politika, resp. pacienti. Kvůli tržním přístupům ve zdravotnictví se v 90. letech až 80 % populace přiklonilo k tradičním způsobům léčby. Řešením mělo být zavedení systému zdravotního pojištění, který je financován především z výběru DPH. Účast občanů však zatím nedosáhla uspokojivých hodnot, navíc systém výrazně zvýhodňuje bohaté a formálně zaměstnané.

V případě Ghany tak můžeme pozorovat obdobný vývoj, jaký byl popisován v teoretické části. Poslední desetiletí minulého tisíciletí patřilo neoliberálním reformám, které měly diskutabilní (ne-li negativní) dopady na sociálně-ekonomické i zdravotní charakteristiky obyvatelstva. Od přelomu tisíciletí však Ghana nastoupila více intervencionistický trend a stát se stává významnějším hráčem v nastavování kurzu rozvoje. Rozšiřuje paletu sociálních programů, které tvoří významnější položku veřejných výdajů. Mnohé z nich jsou ukotveny v zákonech a jsou tak zřejmým potvrzením „*rights-based*“ přístupu.

Pokusíme-li se Ghanu zařadit k některému v úvodu představenému typu welfare státu, narážíme na závažný problém. Dominantní neformální sektor výrazně ovlivňuje hodnocení dopadů jednotlivých politik, ať už jde o zdanění, sociální či zdravotní pojištění.

## **Indie**

### **Makroekonomický vývoj**

Ekonomický vývoj Indie od nabytí nezávislosti v roce 1947 do 80. let byl velice pomalý, zvláště ve srovnání se státy s podobnou výchozí pozicí jako Jižní Korea nebo Taiwan. Za příčiny bývá označována slabá vláda, komplikovaná sociální struktura, ale i administrativní členění ve spojitosti s rozlohou země. Významnou roli v tomto trendu hrála i orientace na ekonomickou soběstačnost. Národnímu hospodářství dominovalo zemědělství zaměstnávající přes 70 % populace (v 50. letech) tvořící přibližně polovinu HDP (Kihara, 1962, s. 148; Kohli, 2007, s. 5; Desai, 2003, s. 8).

Za rok 1980 jsou dostupné první statistiky Světové banky včetně ukazatele HDP na hlavu, jehož hodnota byla 271 \$, v roce 1990 376 \$, v roce 2000 poté 455 \$ a od této doby započal strmý růst, kdy každý rok indikátor rostl o 100 \$ i více. V roce 2012 tak dosahovalo HDP na hlavu hodnoty 1489 \$ (World Bank, 2013).

Od 80. let tedy docházelo k mírnému vzestupu v důsledku větší otevřenosti k zahraničnímu kapitálu i půjčkám. Tyto prostředky však byly používány spíše na spotřebu, což v roce 1991 téměř dospělo k bankrotu země. Indie tak byla donucena přijmout výrazné liberální reformy přesně, jak byly uvedeny v kapitole o neoliberalismu, tedy privatizace, deregulaci, reformu daní a otevření se mezinárodnímu obchodu (Desai, 2003, s. 12).

Indické hospodářství pak v prvním desetiletí 21. století každoročně stoupalo o 8 až 10 %. V závěru tohoto období však přišly výkyvy, když nejnižší růst za posledních 20 let byl zaznamenán v roce 2012, a to 3,8 % (World Bank, 2013).

V Indii je patrně nejrozsáhlejší neformální sektor ze zde analyzovaných států. Je odhadováno, že v něm pracuje více než 90 % ekonomicky aktivních obyvatel (Rada, 2010, s. 149; Siggel, 2010, s. 98).

### **Příjmy veřejných rozpočtů**

Příjmy Indie na počátku samostatné éry závisely především na zahraniční pomoci, když v 50. letech byla Indie největším příjemcem rozvojové pomoci na světě. Podíl daní na

příjmech veřejných rozpočtů byl pouze okolo 7 % a zemi trápila především neefektivita jejich výběru. Neúspěšné byly i reformy systému, který se pár let snažil spoléhat na daně přímé, následně na nepřímé, načež se vrátil k důrazu na přímé. Jednou z příčin problémů byl i velice slabý formální sektor zaměstnávající přibližně 10 % populace (Kihara, 1962, s. 145; Neetha a Palriwala, 2009, s. 3).

Významnější reforma nepřímých daní přišla až v roce 1991, která se zaměřila na maximální zefektivnění výběru daní, zjednodušení celého systému a důrazu na daně nepřímé a větší diverzifikaci daňových příjmů. Po dlouhých letech se tak upustilo od modelu s velmi výrazným progresivním zdaněním, v rámci kterého lidé s nejvyššími příjmy měli platit 85% daň z příjmu, a s vysokými korporátními daněmi, tedy od silně levicového modelu (Govinda Rao, Kavita Rao, 2006, s. 65-70).

Podíl příjmů veřejných rozpočtů na HDP zůstává v Indii od roku 1990 více méně neměnný. Osciluje mezi 10 a 14 %, v roce 2010 podíl dosáhl 12,9 % (World Bank, 2013).

Ačkoliv objem prostředků procházejících veřejnými rozpočty se takřka nemění, skladba těchto zdrojů se od zavedení reformy výrazně přeskupila, jak ilustruje i Tabulka 12: Vybrané příjmy veřejných rozpočtů Indie.

V roce 2010 tvořily nejvýznamnější zdroj veřejných příjmů nepřímé daně, které se podílely 50 % na veřejných příjmech. Jejich podíl se však od roku 1990 výrazně snížil, a to o 25 procentních bodů. Hlavní příčinou je pokles výnosů jak z cel, tak ze spotřebních daní, naopak daň z přidané hodnoty<sup>17</sup> si svůj podíl udržuje na obdobné hodnotě 18 % (Indian Public Finance Statistics 2011-2012).

Pokles v podílu nepřímých daní je vyrovnáván nárůstem podílu přímých daní, a to především korporátních, jejichž podíl se zvýšil z 5,5 % v roce 1990 na 21,7 % v roce 2010. K nárůstu došlo i u daní z příjmu fyzických osob z podobné hodnoty 5,5 % na 10,7 % (tamtéž). Ačkoliv tedy v roce 1991 došlo k neoliberalním reformám, podíl přímého zdanění, nástroje spíše sociálně-demokratického, se téměř ztrojnásobil. Z této situace tak vyplývá, že zaměření pouze na kvantitativní analýzu by mohlo být zavádějící

---

<sup>17</sup> Daň z přidané hodnoty je pro Indii zjednodušený pojem, neboť v Indii jsou vybírány různé typy daní (nejznámější asi daň ze služeb) včetně DPH, které však pro potřeby této práce je možné uvažovat dohromady a pro snazší orientaci označovat jako DPH.

a je nezbytné ji revidovat kvalitativními technikami, neboť v reálu došlo ke snížení odvodů, především daní z příjmů fyzických osob (Issues in Public Finance, 2010, s. 9).

Tabulka 12: Vybrané příjmy veřejných rozpočtů Indie (% z celkových příjmů)

	1990/91	2000/01	2009/10
daňové příjmy	89,50	87,96	84,12
přímé	12,51	20,67	33,07
korporátní	5,44	10,28	21,73
z příjmu fyzických osob	5,49	9,15	10,65
nepřímé	76,99	67,29	51,04
cla	21,06	13,70	7,20
spotřební daň	30,10	24,33	12,92
DPH	18,60	20,99	17,90
ostatní	7,23	8,26	13,03
nedaňové příjmy	12,53	14,22	13,59
příjmy ze státních podniků	*	3,05	3,22
privatizace	*	2,06	1,23
dividendy	0,61	0,98	1,99
celkové příjmy (mld. rupií <sup>18</sup> )	980	3471	11696

\* V roce 1990-1991 byly výdaje na státní podniky vyšší než příjmy

Pozn.: Fiskální rok v Indii začíná v dubnu jednoho roku a končí v březnu roku následujícího.

Zdroj: Indian Public Finance Statistics 2011-2012

Způsob zdanění fyzických osob uvádí následující Tabulka 13: Výpočet daně z příjmu fyzických osob. V tabulce je uveden výpočet pro muže do 60 let. Ženy jsou mírně zvýhodněny při odvodu daně z příjmu – ty, které dosáhnou zdanitelných příjmů, odvádějí přibližně o 1000 rupií ročně méně. Další zvýhodněnou skupinou jsou lidé starší 60 a 80 let, kteří jsou osvobozeni od daně při příjmu do 250 tis., resp. do 500 tis. rupií (Income Tax Department, 2013).

Tabulka 13: Výpočet daně z příjmu fyzických osob v Indii

roční výše příjmů (tis. rupií)	způsob zdanění
do 180	daň se neplatí
180 - 500	10 % z (x - 180000)
500 - 800	32000 + 20 % z (x - 500000)
nad 800	92000 + 30 % z (x - 800000)

Pozn.: x = výše ročního příjmu

Zdroj: Income Tax Department, 2013

<sup>18</sup> Přibližný kurz indické rupie k české koruně byl k 31. 7. 2013 32,17 CZK za 100 INR (ČNB, 2013)

Korporátní daň pro domácí firmy je ve výši 30 %, pro zahraniční pak 40 % (tamtéž). V praxi však firmy platí ještě vyšší daně, neboť tento základ je navyšován o další dílčí daně (na vzdělání apod.), takže finální daň pro firmy je ve výši 40, resp. 50 % (Issues in Public Finance, 2010, s. 14).

Daň z přidané hodnoty byla zavedena v roce 2005 a nahradila prodejní daň. Každý stát si však určuje sám, jakou daň danému zboží přiřadí. Pouze někteří obchodníci s celostátním působením spadají pod centrální výběr daně. Nejčastěji se výše DPH pohybuje od 0 do 15 % (Issues in Public Finance, 2010, s. 7).

### **Výdaje veřejných rozpočtů**

Indické ministerstvo financí dělí výdaje veřejných rozpočtů na rozvojové a nerozvojové. Tyto dvě složky mají zhruba stejný podíl na veřejných výdajích. Největší část nerozvojových výdajů jde dlouhodobě na pokrytí veřejného zadlužení - 17,3 %, což v reálných číslech v přepočtu na české koruny odpovídá přibližně jednomu bilionu. Je třeba zdůraznit i výdaje na důchody, jejichž podíl vzrostl z 3,3 v roce 1990 na 6,8 % v roce 2010, a podíl sociálních dávek stabilně se držící pod 2 % (Indian Public Finance Statistics 2011-2012).

Z hlediska tzv. rozvojových výdajů jsou pro práci relevantní údaje především z oblasti sociální a komunitní služby, jejichž podíl na veřejných výdajích pomalu stoupá od roku 1990 z 20 % na 23,3 % v roce 2010. Podíl většiny výdajů (na vzdělání, vědu, zdravotnictví, bydlení atd.) se však v čase příliš nemění. Jedinou oblastí, která zaznamenala nárůst z 1 na 3 %, je podíl výdajů na sociální ochranu (tamtéž). Přesný přehled uvádí Tabulka 14: Vybrané výdaje veřejných rozpočtů Indie.

Tabulka 14: Vybrané výdaje veřejných rozpočtů Indie (% z celkových výdajů)

	1990/1991	2000/2001	2009/2010
nerozvojové (mandatorní) výdaje	44,29	53,69	48,32
obrana	9,87	8,91	7,40
dluhová služba	16,01	22,06	17,30
chod státu	6,00	6,27	5,62
důchody	3,32	6,97	6,78
potravinová pomoc	1,60	2,25	3,24
sociální dávky	1,57	1,51	1,98
rozvojové výdaje	47,37	42,41	49,58
sociální a komunitní služby	19,82	20,48	23,25
vzdělání, kultura	11,12	11,45	11,02
věda a výzkum	0,86	0,76	0,87
zdravotnictví	4,20	4,38	4,14
rodinná politika	0,60	0,51	0,69
bydlení	0,49	0,75	0,98
městský rozvoj	0,49	0,69	1,76
zaměstnanost	0,47	0,37	0,31
sociální ochrana	0,92	1,19	2,94
podpora ekonomiky	3,19	0,78	2,19
zemědělství	7,50	5,54	6,91
rozvoj venkova	3,29	2,65	4,30
průmysl, zavlažování, hnojiva, komunikace	14,72	14,19	15,64
celkové výdaje (mld. rupií)	1562	5567	18414

Zdroj: Indian Public Finance Statistics 2011-2012

## Vzdělávací politika

Už indická ústava uvádí, že vzdělání musí být stejně dostupné pro všechny bez ohledu na vyznání, rasu, společenské postavení či pohlaví a že základní školní docházka musí být povinná a bezplatná. Později byl připojen dodatek, že toto pravidlo může ustupovat momentální hospodářské situaci, čehož bylo také až do roku 2009 využíváno (Sadgopal, 2009).

Od nabytí nezávislosti byly přijímány každé desetiletí plány či programy na rozvoj vzdělávání, jejich úspěšnost však byla stejně jako dalších vládních činností slabá, ať jde o výše zmiňované bezplatné základní vzdělání, nebo o nízkou docházku do škol. V 60. a



70. letech 30 % chlapců a 60 % dívek ve školním věku nikdy nenavštěvovalo školu (Dubei, 2010, s. 75).

Nutno podotknout, že jednotlivé státy měly výraznou autonomii, co se nastavení systému vzdělávání týče. Ta byla v roce 1976 částečně omezena, aby se výuka více sjednotila pod centrálním dohledem Národní rady pro výzkum vzdělání a výchovu<sup>19</sup> (Sadgopal, 2009).

V roce 1986 byl přijat „*Programme of action*“, ve kterém se znovu objevil požadavek kvalitního základního vzdělání zdarma, tentokrát zavedeného do konce století. Vláda se dále zavázala, že na vzdělání postupně vyčlení 6 % HDP (National Policy on Education, 1992). V roce 2010 však výdaje na vzdělávání tvořily pouze 3,3 % HDP, přičemž v předchozích letech tuto hodnotu nikdy výrazně nepřesáhly (World Bank, 2013).

Vzhledem k liberálním reformám v 90. letech a nízké kvalitě vzdělání prudce stoupal podíl soukromých základních škol na vzdělávání dětí. Zatímco v roce 1986 navštěvovala soukromé školy přibližně 2 % školáků, v roce 2005 to už bylo 28 %. Tento trend se v mnohem větší míře dotýká městských oblastí a vyšších sociálních tříd, ale není výjimkou ani venkovská soukromá škola s dětmi ze zemědělského prostředí (Dubei, 2010, s. 82-84).

Indie zaznamenala v posledních letech výrazné zlepšení v gramotnosti obyvatelstva, která dosáhla u dětí ve věku 10-14 let 90 %, gramotnost 15+ je pak 66 % (Educational statistics at a glance, 2012). To poukazuje i na zlepšení v nastoupení do vzdělávacího systému. Stále se ale nepodařilo odstranit významný problém v podobě vysokého podílu žáků, kteří základní školu nedokončí. V roce 2006 opustilo základní školu přes 60 % žáků (Dubei, 2010, s. 76-79; NSDC, 2012, s. 6).

Všechny výše zmíněné statistiky se dále výrazně liší podle náboženského vyznání, společenského statusu i pohlaví. Horších výsledků dosahují dívky, dále muslimové, dalitové a adivasiové. Rozdíly jsou i mezi jednotlivými státy v závislosti na jejich ekonomické orientaci (Dubei, 2010, s. 85-87).

Přes zvyšování míry gramotnosti sílí kritika kvality škol, zvláště těch veřejných, díky čemuž neustále narůstá podíl škol soukromých. Tato privatizace vzdělávání bývá

---

<sup>19</sup> National Council for Educational Research and Training

označována také za nebezpečnou, neboť minimálně replikuje, ne-li zvyšuje, rozdíly v sociální struktuře (Sadgopal, 2009, s. 7). Proti tomu se vláda snaží zasáhnout vyblokováním ¼ míst na soukromých školách pro děti z chudších rodin. Nevyhovující je i nedostatečný počet učitelů, kdy na jednoho připadá přibližně 40 žáků na základní škole a 32<sup>20</sup> na škole střední (UNESCO, 2011b).

V rámci boje s rozdíly ve vzdělávání mezi dívkami a chlapci a mezi jednotlivými společenskými nebo náboženskými skupinami, resp. kastami byl zaveden systém stipendií a dalších podpůrných dávek. Většina však cílí na vysokoškolské studenty, což má jistý pozitivní efekt, avšak hlavní příčinu, a to vysoký podíl těchto znevýhodněných žáků, resp. žaček opouštějících základní školy, neřeší (State Wise Schemes; NSDC, 2012). Dalším vyrovnávacím prvkem je školné na středních školách, které regulují jednotlivé státy dle vlastního uvážení. Často tak dochází k protežování výše uvedených znevýhodněných skupin (Arun, 2013).

Školné se platí i na vysokých školách, na veřejných nižší než na soukromých. Z větší části jsou však vysoké školy financované vládou a jednotlivými státy. Studenti mohou využívat pro placení školného zvýhodněných půjček (Agarwal, 2006, s. 19-24).

Rozvoj školství je však nepopiratelný, což dokládá například nárůst počtu středních škol ze 7400 v roce 1956 na 126 tisíc v roce 2001 nebo podíl dospívajících studujících vysokou školu, který se za posledních deset let zdvojnásobil (Educational statistics at a glance, 2012, s. 20). Další ukazatele charakterizující vzdělávací politiku uvádí Tabulka 15: Vybrané ukazatele vzdělávací politiky v Indii.

Tabulka 15: Vybrané ukazatele vzdělávací politiky Indii

	2000	2005	2009
výdaje na primární vzdělávání (% z celkových výdajů)	37,6	35,6	26,7
výdaje na sekundární vzdělávání (% z celkových výdajů)	40,1	42,9	34,9
výdaje na terciární vzdělávání (% z celkových výdajů)	20,3	19,6	36,5
veřejné výdaje na školství (% HDP)	4,3	3,1	3,2
veřejné výdaje na školství (% z celkových veřejných výdajů)	12,7	10,7	10
počet dětí na učitele – základní školy	40	40	
podíl dětí v dané věkové skupině navštěvujících základní školu (%)		90	93
podíl dětí v dané věkové skupině navštěvujících střední školu (%)			
podíl studujících VŠ v dané věkové skupině (%)	9	11	16
gramotnost 15+ (%)	61	63	

Zdroj: World Bank, 2013; UNESCO, 2013

<sup>20</sup> Vysoký počet žáků na jednoho učitele bývá některými institucemi vnímán kladně jako důkaz zvyšující se návštěvnosti dětí školy a jako důkaz jejich setrvání ve škole (UNESCO, 2011b).

## **Zdravotní politika**

V Indii prakticky do 80. let 20. století neexistovala žádná ucelená představa o zdravotní politice. Ta byla na okraji zájmu, což se promítalo i na reálné zdravotní situaci obyvatelstva. Až v roce 1983 vzniká první výraznější plán na zavedení zdravotního systému, který však trpěl nedostatkem jak personálu vzdělaného, tak dobrovolnického. V 90. letech pak následkem neoliberálních reforem a zoufalého stavu zdravotnictví začal nekontrolovaně vznikat soukromý zdravotnický sektor opírající se o přímé platby pacientů (Abhiyan, 2006, s. 12-13).

V 90. letech se tak vyvinul systém financování zdravotnictví, který se do současnosti takřka nezměnil. Hlavním zdrojem je soukromý sektor, který v roce 2010 tvořil 71,8 % veškerých výdajů na zdravotnictví, z toho 86 % zaplatili pacienti přímo za léčbu či léky a pouze necelých 5 % plyne ze zdravotního pojištění. Veřejné výdaje tak tvoří pouze 28,2 % všech výdajů na zdravotnictví, přičemž se jedná o největší podíl za posledních 20 let (WHO, 2013, World Bank, 2013).

O významu zdravotnictví v Indii hovoří i alokace vládních výdajů do tohoto odvětví, která se dlouhodobě pohybuje kolem 4 %. Podíl celkových výdajů (včetně soukromých) na zdravotnictví k HDP pak dosáhl 3,7 % v roce 2010 (WHO, 2013).

Zdravotní pojištění si mohou dovolit většinou pouze bohatší vrstvy z měst, kde je alespoň uspokojivá síť zdravotnických zařízení. Na venkově, kde žije většina indické populace, však chybí základní zdravotnická infrastruktura. Indický ministr pro rozvoj venkova J. Ramesh v roce 2012 řekl, že zdravotnický systém se zcela zhroutil. Přímé platby jsou podle něj jednou z příčin extrémní chudoby, resp. zadlužení indických venkovanů (Public health system in India has collapsed, 2012).

Indie ale zaznamenala dílčí úspěchy alespoň v základních indikátorech sledující vývoj zdravotnictví. Naděje dožití při narození stoupla od roku 1990 z 58 let na 65 let v roce 2010 (viz Tabulka 16: Vybrané statistiky zdravotnictví v Indii) s lepšími výsledky pro ženy než muže. Zároveň se zlepšily i statistiky kojenecké úmrtnosti, jež klesla ze 102 ‰ v roce 1980 na 49 ‰ v roce 2010, stále však Indie patří mezi nejhorší čtvrtinu států světa (World Bank, 2013).

Tabulka 16: Vybrané statistiky zdravotnictví v Indii

	1995	2000	2005	2010
podíl veřejných výdajů na financování zdravotnictví (%)	26	26	22,1	28,2
veřejné výdaje na zdravotnictví (% z celkových veřejných výdajů)	7,6	7,4	6,8	6,8
podíl přímých plateb na soukromých výdajích (%)	91,4	91,8	90,3	86
podíl pojištění na soukromých výdajích (%)	1,1	1,1	1,8	4,7
výdaje na zdravotnictví (% k HDP)	4,0	4,3	4,2	3,7
naděje dožití při narození (roky)	60	62	63	65
kojenecká úmrtnost (‰)	73	64	56	49

Zdroj: Wolrd Bank, 2013; WHO, 2013

## Sociální politika

Jedním z prvních výrazných nástrojů sociální politiky v Indii byl program „*Public distribution system*“, založen v 60. letech za účelem snadnější dostupnosti základních potravin. Byla proto zřízena speciální síť obchodů s garantovanými cenami. V 70. a 80. letech se však koncentroval na městské oblasti a prohluboval nerovnost mezi venkovem a městem. Program je nastaven tak, že domácnosti spadající pod hranici chudoby mají zaručeny poloviční ceny oproti bohatším. Slevy jsou poskytovány na základě identifikačních karet vydávaných dle dosahovaných příjmů domácností. Jejich rozšíření ale dosahuje lepších výsledků mezi střední třídou než mezi nejchudšími (Dubei, 2010, s. 198-202). Tímto programem prochází téměř 1 % HDP, ale bývá silně kritizován za jeho slabou efektivitu (IBRD, 2011, s. xiii).

Podobně univerzálně zaměřeným programem je i „*Integrated Child Development Services*“ (ICDS) založený v 70. letech, zaměřený na podporu matek s předškolními dětmi – jejich stravování, zdravotní péči a vzdělávání. Program je využíván zvláště na venkově, a to nejchudšími, ale i nejbohatšími (Dubei, 2010, s. 198-202).

Indie má relativně mnoho obdobných programů zaměřených spíše na záchranu obyvatel v kritických sociálních událostech, především v extrémní chudobě, a o to méně programů, které by předcházely chudobě (IBRD, 2011, s. x).

Jedním z takových programů může částečně být MGNREGA<sup>21</sup> založený v roce 2005, který nabízí venkovské populaci 100 dní placené práce v roce. I přes přítomnost korupce během jeho realizace bývá v posledních letech hodnocen jako jeden z nejúspěšnějších indických sociálních programů. V roce 2011 na něm participovalo přes 50 mil. domácností a na jeho financování bylo použito 0,5 % HDP (Zapeda a kol., 2013).

Čtvrtým finančně nejobjemnějším programem je dotování stravování pro žáky státem financovaných základních škol. Tento program je využíván přibližně 80 % žáků (Dubai, 2010, s. 200).

V posledních letech se též diskutuje problematika obyvatel v penzijním věku. Odchod do důchodu je nastaven mezi 58 a 62 lety, vzdělanější pracují spíše do 65 let. To se však týká pouze formálního sektoru. Na venkově lidé musí pracovat do vyššího věku, když 72 % lidí ve věku 60 až 69 let pracuje, ve městech pak 43 %. Formálně zaměstnaní mají nárok na starobní důchod, podnikatelé a pracující v neformální sféře ne. Další skupinou, která má nárok na penze, jsou důchodci ohrožení extrémní chudobou. V roce 2009 pouze 8 % starších 60 let dostávalo starobní penzi (Dubai, 2010, s. 140, 197; IBRD, 2011, s. 17).

Indie vykazuje relativně dobré výsledky v příjmové nerovnoměrnosti, když Giniho index v roce 2005 pro městské oblasti dosahoval 0,375 a pro venkov 0,305. V roce 1993 tyto ukazatele však vykazovaly ještě lepší výsledky, pro města 0,343 a venkov 0,286 (Zapeda a kol., 2013, s. 7). V Indii tak rostl rozdíl mezi bohatými a chudými. Tento trend se podařilo v posledních letech především díky programu MGNREGA mírně zvrátit.

I další ukazatel nezaměstnanosti 15+ dosahuje v roce 2010 vynikající hodnoty, a to 3,5 %. Tuto právem neuvěřitelnou hodnotu napravuje indikátor zaměstnanosti 15+, která v roce 2010 dosáhla pouze 56 % (World Bank, 2013). Oba ukazatele je nutno brát s rezervou kvůli již zmiňovanému velmi rozšířenému neformálnímu sektoru. Nicméně vzhledem k věkové struktuře obyvatelstva podíl pracujícího obyvatelstva na celkové populaci není vysoký.

---

<sup>21</sup> Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act

## Shrnutí

Indie zaznamenala nejvýraznější růst až v posledním desetiletí, během kterého mohla jen obtížně dostihnout předcházející desetiletí pozvolných růstů, což se projevilo i na vládních politikách.

Podíl příjmů na celkovém HDP osciluje mezi 10 % a 14 %, což lze označit za velice štíhlý stát. Je to dáno jak liberálními reformami z počátku 90. let, které se projevily především ve snižování příjmů z cel a dalších tarifů, tak i neefektivní státní správou především v oblasti výběru daní. Nutno podotknout, že v posledních letech došlo ke zlepšení a podíl daní přímých na celkových příjmech rozpočtů pozvolna stoupá. Přes zmiňované liberální reformy je v Indii nastaveno silné progresivní zdanění příjmů fyzických osob, ani korporátní daně nejsou nastaveny liberálně nízko.

V oblasti výdajů veřejných rozpočtů je Indie svázána výrazným veřejným dluhem, jehož krytí ročně absorbuje téměř 20 % veřejných výdajů. Za prioritu lze považovat vzdělávání, pro které je vymezen výrazný podíl z veřejných prostředků. Zlepšení situace dokládají i výše citované statistiky a zprávy. V oblasti školství lze říci, že Indie základní infrastrukturu vybudovala. Významné problémy však přetrvávají především s rovným přístupem ke vzdělávání, který je deklarován i v ústavě. Další problém je spojen s výrazným rozšiřováním soukromých škol napomáhajících replikování stávajících sociálních struktur.

V oblasti sociální politiky postupně získávají na významu starobní penze, které se však týkají malého procenta vyvolených. Sociální pojištění se rozvíjí jen velice pomalu a je dostupné více méně jen pro nejbohatší vrstvy. V Indii se vyvinula relativně dobrá záchranná síť pro extrémně chudé, která se ještě zlepšila uvedením některých sociálních programů jako MGNREGA. Pravdou však zůstává, že lidé nespádající pod hranici extrémní chudoby od státu mnoho pomoci očekávat nemohou.

V oblasti zdravotní politiky je situace velice špatná. Z veřejných výdajů jde na zdravotnictví pouhé 1 % HDP, přičemž stát běžným občanům téměř nic nehradí. V Indii se vyvinul silný soukromý zdravotnický sektor, který je však pro běžné lidi velice nákladný a mnohé buď nutí zdravotní péči odkládat či řešit alternativně, nebo vydávat téměř veškeré své prostředky. Přímé platby pacientů za zdravotnické služby tvořily přibližně 85 % veškerých výdajů na zdravotnictví a náhlé navýšení plateb za

zdravotnické služby je také jednou z častých příčin pádu domácností pod hranici chudoby (viz Krishna, 2007). Stát v tomto ohledu nezajišťuje ani základní infrastrukturu pro své občany, což platí zvláště pro venkov.

Jestliže budeme vycházet z premisy, že welfare stát by měl zajišťovat alespoň v minimálním rozsahu všechny z uvedených služeb pro občany, pak Indie zvláště v oblasti zdravotnictví selhává. Stát evidentně podlehl neoliberálním reformám, kvůli kterým jen minimálně ovlivňuje interakci mezi společností a trhem a spíše než o liberální přístup k sociální a především zdravotní politice se jedná o nezajištění základních služeb pro občany. Alespoň v sociální politice lze vysledovat pozitivní vývoj směrem k welfare státu. Zvláště v posledních letech se rozvíjí více programů, do kterých proudí větší finanční prostředky. Navíc velká část těchto opatření nachází oporu v zákoně, a rozšiřují tak práva občanů a dimenzi sociální.

## Srovnání států

Při pohledu na míru zapojení státu do národní ekonomiky vykazují všechny tři státy zcela odlišný vývoj. Zatímco Botswana své zapojení do hospodářství snižuje, podíl Ghany vzrůstá a Indie vykazuje téměř neměnné hodnoty. Přes pokles Botswany se stále jedná o „nejrobustnější stát“ s 33% podílem na HDP. Vývoj Botswany je do značné míry ovlivněn nerostným bohatstvím v podobě diamantů, díky kterým se jí tolik nedotkly neoliberální reformy na počátku 90. let. Příjmy z těžby a prodeje stačily na relativně poklidné státní hospodaření bez dluhových problémů. Oproti tomu Ghana byla více zasažena. Díky decentralizaci však neměly reformy tak nepříznivý dopad. V současnosti vystoupal podíl veřejných výdajů na HDP na 21 %. Indie prodělala ve sledovaném období patrně nejnáročnější vývoj. Kvůli politikám 80. let ji téměř poznamenal bankrot a od počátku 90. let ji tíží výrazné zadlužení. Stát tak musí v posledních letech používat téměř 1/5 rozpočtu na splácení dluhu.

Skladba příjmů jednotlivých států je obdobná. Navyšují se podíly přímých i nepřímých daní a snižuje se význam cel. Výrazněji se vymyká Botswana, která oproti Ghaně sleduje přesně opačný vývoj a význam příjmů z cel se zvyšuje. Srovnání výdajů mezi jednotlivými státy je vzhledem k odlišné metodice tvorby rozpočtů zatím nemožné.

V oblasti vzdělávání je shodným prvkem odklon od školného na základních školách v zájmu co nejsnazší dostupnosti pro školáky. Od vyšších stupňů je však školné standardním prvkem vzdělávacího systému. V Ghaně a především v Indii hraje významnou roli v zajišťování vzdělávání soukromý sektor. Ten ale také napomáhá reprodukci stávajících sociálních rozdílů, neboť více upřednostňuje bohaté a ve srovnání s veřejnými školami poskytuje kvalitnější vzdělání. V oblasti vzdělávání se vymyká především indické vysoké školství, neboť v Indii studuje univerzitu každý pátý dospívající a z veřejných výdajů jde největší část právě na terciární vzdělávání, což je ve srovnání s ostatními zeměmi unikum. Společným problémem všech zkoumaných zemí je vysoký podíl žáků, kteří předčasně ukončují docházku do škol.

Jestliže Indie vykazuje v oblasti vysokého školství dobré výsledky, v oblasti zdravotnictví tomu je přesně naopak, neboť se stalo předmětem čistě tržního hospodářství. Indie se nedokázala oprostít od neoliberálního vlivu a nevídané privatizace zdravotnického sektoru, která měla za následek zhoršení zdravotního stavu



občanů, pád mnohých do chudoby a mimo jiné v poslední době i vznik turistiky bohatých cizinců za účelem podstoupení operací v Indii. Podobné tržní podmínky panovaly i v Ghaně, avšak ta dokázala svou situaci zlepšit především zavedením pojistného systému. Ten zatím nedosahuje předpokládaných výsledků, ale část obyvatel se již systému účastní, a snižuje tak význam přímých plateb pacientů za zdravotnické služby. Systém zdravotního pojištění zavedla i Botswana, avšak zatím je spíše ve startovací fázi bez měřitelných dopadů.

Sociální politiku lze charakterizovat pomocí čtyř aspektů: sociální pojištění, univerzální programy, cílené programy a standardy (institucionálně zakotvené).

Sociální pojištění zaujímá ve všech státech marginální prostor. V případě Ghany a Indie to je způsobeno mohutným neformálním sektorem, zatímco v Botswaně je základní sociální zabezpečení hrazeno z daní. Obyvatelé tak nemusí platit žádné pojistné, aby se na ně zabezpečení vztahovalo. Je třeba dodat, že výše dávek občanům na živobytí nestačí. Předpokládá se, že příjemcům dávek pomůže rodina. Ghana se pokouší sociální pojištění rozšířit i do neformálního sektoru. Tato snaha je však zatím neúspěšná, protože systému se účastní pouze 90 tisíc neformálně zaměstnaných. Sociální pojištění je tak v Ghaně a Indii doménou formálně zaměstnaných koncentrovaných v městských oblastech.

Univerzální programy jsou přítomné ve všech státech. Nejrozšířenějšími jsou programy na podporu stravování žáků ve školách, které však rovnoměrně pomáhají dětem z chudých i bohatých rodin. Tyto programy tak možná napomáhají boji s chudobou, resp. s podvýživou, ale nezmenšují rozdíly mezi bohatými a chudými. Ghana a především Indie realizuje těchto univerzální programů více, zatímco Botswana se omezuje pouze na výše zmíněný, nepočítáme-li starobní penze.

Cílené programy se zvláště v poslední době skládají do ucelenějších sociálních strategií. Úspěšnost jednotlivých programů je však stále neuspokojivá především kvůli špatné distribuci pomoci, která se dostává mnohdy do nesprávných rukou, ať už je to dáno korupcí, nebo podváděním. Naplňuje se tak obava Slatera (2010) o neschopnosti rozvojových zemí správně distribuovat tento typ dávek.

Oproti předchozím rokům však pozvolna dochází k posunu od řešení následků chudoby k jejím příčinám. Zavádějí se tak programy zajišťující práci občanům (MGNREGA v

Indii, *National Youth Employment Programme* v Ghaně). Navíc tyto programy jsou zakotveny v zákoně, čímž se dostáváme ke standardům. Občanům tak vzniká právní nárok na sociální pomoc, což je jasný příklad „rights-based“ přístupu, natolik odlišného od v 80. a 90. letech realizovaného „basic-needs“ přístupu. Avšak ani tento posun nemusí automaticky znamenat lepší budoucnost pro občany rozvojových zemí. Všechny země ve výběru měly již dávno ve svých ústavách uvedeno, že základní vzdělání je bezplatné. Toto tvrzení se stalo pravdivým až během posledních pár let.

Na základě výše provedeného srovnání je tak patrné, že Botswana se výrazně odlišuje od Ghany a Indie. Botswana byla díky relativní soběstačnosti a dostatku zdrojů pro veřejné rozpočty odolná vůči neoliberálním reformám. V době, kdy většina rozvojových států byla oslabena politikami MMF a Světové banky, mohla Botswana udržovat silný stát s omezenějším přístupem globálního trhu. V posledních letech tak oproti všeobecnému trendu v rozvojovém světě oslabuje roli státu ve společnosti a přenechává větší díl zodpovědnosti za svůj osud na občanech. Dává tak nepřímou pravdu Ballardovi (2012), který se vymezuje proti „všespasitelnému“ širokému pojetí státu s velkorysou sociální politikou. Botswana přes velice úzké pojetí sociální politiky vykazuje neustálý progres v základních indikátorech sociální, zdravotní i vzdělávací politiky. Lze ji tak označit za zemi naplňující podstatu welfare státu a přiřadit ji k rozvojovému typu, protože splňuje všechny jeho základní charakteristiky: důraz na ekonomický rozvoj, vzdělávání, zdravotnictví, velice úzké pojetí sociální politiky, minimální role státem realizovaného zdravotního i sociálního pojištění, nízká úroveň dekomodifikace, důraz na funkci rodiny.

Ghana a Indie, přestože vykazují mnoho společných charakteristik (silný vliv neoliberálních reforem, struktura veřejných příjmů, univerzální sociální programy atd.), se v dílčích politikách alespoň částečně liší. Indie například úspěšněji realizuje programy předcházející chudobě (především MGNREGA) dosahuje dobrých výsledků v rozšíření terciárního vzdělávání, naopak absolutně selhává v zajištění zdravotních služeb občanům. Ghana se vymyká např. zaváděním moderních sociálních a zdravotních pojistných systémů, ač jejich úspěšnost je zatím slabší. Co však oba státy silně spojuje vzhledem k provedené analýze, je dominantní neformální sektor, který ovlivňuje všechny zkoumané politiky. Kvůli tomuto fenoménu tak není možné přiřadit země jednotlivým typům welfare státu. Lze však říci, že oba státy zvláště v posledních

5-10 letech přijímaly taková opatření, která naplňují podstatu welfare státu. V případě Indie bylo ale odhaleno výrazné selhání v oblasti zdravotnictví, které znemožňuje označit Indii za welfare stát.

## Závěr

Na základě provedené případové studie Botswany, Ghany a Indie bylo zjištěno, že ačkoliv jsou si tyto země v mnohých aspektech (historických, politických či socio-ekonomických) podobné, jejich vývoj za posledních 20 let byl poněkud rozdílný. Mohou za to do značné míry odlišné výchozí pozice, ale výrazně se na tomto odlišném vývoji podílí i přijatá politická opatření realizovaná konkrétními politikami.

Bylo zjištěno, že vývoj Botswany, země podle indikátoru HDP nejrozvinutější, byl ve sledovaném období do jisté míry opačný oproti Ghaně a Indii, co se významu státu v společensko-tržní interakci týče. Botswana výrazně omezovala svůj vliv na domácí společnost přes veřejné rozpočty a postupně přenechávala zodpovědnost ve většině oblastí života na samotné občany. Došlo tak ke zcela opačnému vývoji, než jaký byl představen v kapitolách o dominantních politicko-ekonomických přístupech. Botswana je tak dosti specifickým příkladem v současné rozvojové praxi, alespoň na základě této případové studie.

Bylo dokázáno, že Botswana splňuje požadavky na zařazení do typologie welfare státu a vzhledem k povaze nastavení interakce státu, společnosti a trhu byla označena za rozvojový typ welfare státu.

Vývoj Ghany a Indie byl v tomto ohledu podobnější, neboť oba státy byly výrazně ovlivněny neoliberálními reformami, s jejichž následky se ve většině politik potýkají dodnes. S výjimkou indického zdravotnictví mají Ghana i Indie základní infrastrukturu pro rozvoj a prosperitu společnosti (jak je welfare stát v úvodu definován) vybudovanou. V mnoha ohledech se však potýkají s nízkou efektivitou realizovaných opatření, což se váže na administrativní nevyspělost, korupci a především rozsáhlý neformální sektor, ve kterém je zaměstnáno v případě Ghany přibližně 80 % a v případě Indie více než 90 % ekonomicky aktivních obyvatel.

Pokud se tedy pokusíme zařadit Ghanu a Indii do představené typologie welfare státu, narážíme na zásadní problém s výrazným neformálním sektorem ovlivňujícím nastavení interakce státu, společnosti a trhu. Jedná se o tak důležitý prvek, že v těchto případech není možné zvolenou typologii vycházející z Esping-Andersenova přístupu použít. Bylo

by tedy více než vhodné stávající velmi podobné typologie vycházející ze zkoumání rozvinutých států rozšířit o dimenzi neformálního sektoru, díky které by patrně vznikl nový typ welfare státu. Tento typ (říkejme mu neformální welfare stát) by byl charakteristický právě vysokým podílem neformálního sektoru, progresivním zdaněním, výrazným preferováním tradiční role rodiny nebo komunitních spolků v zajišťování sociální soudržnosti, nízkou mírou dekomodifikace především kvůli absenci ochranných prvků na trhu práce (podpora v nezaměstnanosti apod.), univerzálními sociálními programy a vznikajícími pojistnými systémy. Nezanedbatelným rysem by byla i významná role školního při zajišťování vzdělání od středních škol výše. Další charakteristické rysy by měly být předmětem dalšího výzkumu.

Zde představený neformální welfare stát je založen pouze na této případové studii. Vychází tak z analýzy Ghany a Indie (neboť Botswana byla přiřazena k již existujícímu rozvojovému typu). Je zřejmé, že na základě zobecnění pouze ze dvou případů nelze činit silné závěry, práce však chce naznačit možné další směřování. Alternativou k návrhu neformálního welfare státu by mohlo být přiřazení dimenze neformálního sektoru do vymezení jednotlivých typů, čímž by se mohly stávající čtyři typy (liberální, konzervativní, sociálně-demokratický a rozvojový) podél této dimenze rozdělit, takže by od každého vznikla varianta s převládajícím buď formálním, nebo neformálním sektorem.

Hlavní výzkumná otázka této práce se však neptala pouze na přiřazení studovaných států k jednotlivým typům welfare státu, ale na proces, jestli dochází k vytváření welfare státu. Na základě provedené analýzy lze tedy říci, že ve většině sledovaných politik k tomuto směřování dochází, zvláště v sociální oblasti to je patrné.

Práce se pokusila systematizovat sociální zabezpečení pomocí typologie Gentiliniho a Omamy. Použít tuto typologii ale nebylo možné, neboť autoři vymezili systémy na základě 4 dimenzí, které však párují. Nemůže tak podle nich dojít k situaci, kdy systém sociálního zabezpečení je financován z domácích zdrojů a přitom má nízkou redistribuční kapacitu a naopak, nebo stejně tak nemůže dojít k situaci, kdy dosahuje integrace a spolupráce vysoké úrovně a přitom je nízký podíl pojištění k sociálním dávkám a naopak. V našem případě nastává první situace, neboť všechny státy (obzvláště Botswana) financují sociální systémy především z vnitřních zdrojů a přitom jejich redistribuční kapacity nejsou velké.

Práce tak mohla využít jen některých aspektů tohoto přístupu k hodnocení sociálních politik studovaných států. Jejich prostřednictvím bylo zjištěno, že ačkoliv rozvojové země přechází od „*basic-needs*“ k „*rights-based*“ přístupům, což je hodnoceno téměř jako paradigmatická změna, ukotvení programů v zákonech nemá v konečném důsledku takový význam. Ve všech sledovaných státech totiž došlo v několika případech k ignorování i ústavou podložených práv, která byla naplněna s mnohaletými zpožděními.

Závěrem je třeba upozornit na některá omezení této práce. Především vybraný vzorek států byl relativně malý a záměrně zúžený, takže vypovídací schopnost pro ostatní rozvojové země zůstává otázkou. Tato práce neměla ambici vytvořit robustní typologii welfare státu pro rozvojovou oblast, ale byl to pouze vedlejší (ne však méně důležitý) efekt výzkumu.

V úvodu byla nadnesena otázka, jestli se může současný evropský welfare stát, nacházející se podle mnohých ve vážné krizi, nějakým způsobem inspirovat v rozvojovém světě. Tuto spíše řečnickou otázku jako jedinou ponechám bez odpovědi, ať si po přečtení této práce každý udělá vlastní názor.

## Literatura a zdroje<sup>22</sup>

- ABEBRESE, J. (2011): Social Protection in Ghana,  
[http://www.fesghana.org/uploads/PDF/FES\\_SocialProtectionGhana\\_2011\\_FINAL.pdf](http://www.fesghana.org/uploads/PDF/FES_SocialProtectionGhana_2011_FINAL.pdf)
- ABIRO, G., A., MCINTYRE, D. (2012): Achieving universal health care coverage: Current debates in Ghana on covering those outside the formal sector. BMC International Health and Human Rights, 12, č. 25, s. 1-6.
- ACCORD (2009): Health Care in Ghana,  
[http://www.ecoi.net/file\\_upload/90\\_1236873017\\_accord-health-care-in-ghana-20090312.pdf](http://www.ecoi.net/file_upload/90_1236873017_accord-health-care-in-ghana-20090312.pdf)
- AFOAKWA, E., O. (2010): Home grown school feeding programme – the Ghanaian model as icon for Africa, <http://www.gcnf.org/library/Ghana-School-Feeding-Programme-Overview-and-Progress.pdf>
- AGARWAL, P. (2006): Higher education in India: The Need for Change,  
[http://www.icrier.org/pdf/icrier\\_wp180\\_higher\\_education\\_in\\_india\\_.pdf](http://www.icrier.org/pdf/icrier_wp180_higher_education_in_india_.pdf)
- AKAZILI, J., GYAPONG, J., MCINTYRE, D. (2011): Who Pays for Health Care in Ghana? International Journal for Equity in Health, 10, 26, s. 1-11.
- AKAZILI, J., GARSHONG, B., AIKINS, M., GYAPONG, J., MCINTYRE, D. (2012): Progressivity of health care financing and incidence of service benefits in Ghana. Health Policy and Planning, 27, č. 1, s. i13-i22.
- ARUN, P. M. (2013): New fee structure for private schools announced. The Times of India, [http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2013-06-13/coimbatore/39951134\\_1\\_private-schools-fee-committee-visalakshi](http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2013-06-13/coimbatore/39951134_1_private-schools-fee-committee-visalakshi)
- ARTS, W. A., GELISSEN, J. (2002): Three Worlds of Welfare Capitalism or More? A-state-of-the-art report. Journal of European Social Policy, 12, č. 2, s. 137-158.
- ASPALTER, C. (2006): The East Asian Welfare Model. International Journal of Social Welfare, 15, č. 4, s. 290-301.
- BALLARD, R. (2012): Geographies of Development II: Cash transfers and the reinvention of development for the poor. Progress in Human Geography, 11, č. 1, s. 1-11.
- Bank of Botswana (2010a): Annual Report 2010,  
[http://www.bankofbotswana.bw/assets/uploaded/BoB%20AR%202010%20Main\\_1.pdf](http://www.bankofbotswana.bw/assets/uploaded/BoB%20AR%202010%20Main_1.pdf)
- Bank of Botswana (2010b): Annual Report 2010, Part C – Statistics 2010,  
[http://www.bankofbotswana.bw/assets/uploaded/AR%202010%20Part%20C\\_1.pdf](http://www.bankofbotswana.bw/assets/uploaded/AR%202010%20Part%20C_1.pdf)
- BARRIENTOS, A., HULME, D. (2011): Social Protection for the Poor and Poorest in Developing Countries: Reflections on a Quiet Revolution. Oxford Development Studies, 37, č. 4, s. 439-456.
- BAXTER, P., JACK, S. (2008): Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. The Qualitative Report, 13, č. 4, s. 544-559.

---

<sup>22</sup> Všechny internetové zdroje byly dostupné k 18.8.2013.

- BFTU (2007a): Policy on Education in Botswana, <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/botswana/04922.pdf>
- BFTU (2007b): Policy on Health & Occupational Safe Environment in Botswana, <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/botswana/04921.pdf>
- BURS (2010a): Value Added Tax in brief, <http://www.burs.org.bw/index.php/publications/generalpublications?download=182%3Abrochures>
- BURS (2010b): Individual Taxation, <http://www.burs.org.bw/index.php/publications/generalpublications?download=183%3Abrochures>
- BURS (2011): Income Tax – Companies, <http://www.burs.org.bw/index.php/tax/income-tax/companies>
- CANAGARAJAH, S., YE, X. (2001): Public Health and Education Spending in Ghana in 1992-98: Issues of equity and efficiency, [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2001/05/08/000094946\\_01042509523051/additional/109509322\\_20041117140518.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2001/05/08/000094946_01042509523051/additional/109509322_20041117140518.pdf)
- CARBONE, G. (2012): Do new democracies deliver social welfare? Political regimes and health policy in Ghana and Cameroon. Democratization, 19, č. 2, s. 157-183.
- CASTLES, F. G. (2009): What Welfare States Do: A Disaggregated Expenditure Approach. Journal of Social Policy, 38, č. 1, s. 45-62.
- Central Statistics Office (2003): Report on the second national survey on literacy in Botswana, [http://www.cso.gov.bw/images/stories/Education/literacy\\_report03.pdf](http://www.cso.gov.bw/images/stories/Education/literacy_report03.pdf)
- Central Statistics Office (2009a): Education Statistics 2006, [http://www.cso.gov.bw/images/stories/Education/education\\_2006report.pdf](http://www.cso.gov.bw/images/stories/Education/education_2006report.pdf)
- Central Statistics Office (2009b): Education Statistics 2009, [http://www.moe.gov.bw/fileadmin/templates/docs/EDUC\\_stats\\_brief\\_Sept\\_2009..pdf\\_final.pdf](http://www.moe.gov.bw/fileadmin/templates/docs/EDUC_stats_brief_Sept_2009..pdf_final.pdf)
- Central Statistics Office (2009c): Botswana Demographic Survey 2006, [http://www.cso.gov.bw/images/stories/HouseHold/2006\\_bdsrpt.pdf](http://www.cso.gov.bw/images/stories/HouseHold/2006_bdsrpt.pdf)
- Central Statistics Office (2010): Education Statistics 2010, [http://www.moe.gov.bw/fileadmin/templates/docs/Education\\_Stats\\_Brief\\_2010.pdf](http://www.moe.gov.bw/fileadmin/templates/docs/Education_Stats_Brief_2010.pdf)
- CEPA (1996): Ghana Macroeconomic review and outlook, <http://www.cepa.org.gh/publications/12.Ghana%20Macroeconomic%20Review%20and%20Outlook%20199661.pdf>
- CEPA (2006): Ghana Macroeconomic review and outlook, <http://www.cepa.org.gh/researchpapers/CEPA%20Review%200644.pdf>
- CONTEH, Ch., OHEMENG, F., L., K. (2009): The politics of decision making in developing countries: A comparative analysis of privatization decisions in Botswana and Ghana. Public Management Review, 11, č. 1, s. 57-77.
- ČNB (2013): [http://www.cnb.cz/cs/financni\\_trhy/devizovy\\_trh/kurzy\\_ostatnich\\_men/kurzy.jsp](http://www.cnb.cz/cs/financni_trhy/devizovy_trh/kurzy_ostatnich_men/kurzy.jsp)



- DESAI, M. (2003): India and China: An essay in comparative political economy, <http://www.imf.org/external/np/apd/seminars/2003/newdelhi/desai.pdf>
- DORKENOO, D., K. (2006): The role of trade unions in reforming social security and pensions in Ghana. In: Ryder, G. (eds.): Social Security to All: Trade Union Policies. International Labour Office, 2006, s. 53-60.
- DUBEI, A. (2010): Human Development in India: Challenges for a Society in Transition. Oxford University Press, New Delhi, 2010, 234 s.
- Educational statistics at a glance (2012), Ministry of human resource development, [http://mhrd.gov.in/sites/upload\\_files/mhrd/files/EAG\\_2012.pdf](http://mhrd.gov.in/sites/upload_files/mhrd/files/EAG_2012.pdf)
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton University Press, Princeton, 248 s.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1999): Social Foundations of Postindustrial Economies. Oxford University Press, New York, 1999, 207 s.
- GENTILINI, U., OMAMO, S., W. (2011): Social protection 2.0: Exploring issues, evidence and debates in a globalizing World. Food Policy, 36, s. 329-340.
- GHANA REVENUE AUTHORITY (2013): Domestic Taxes, [http://www.gra.gov.gh/index.php?option=com\\_content&view=article&id=41&Itemid=46](http://www.gra.gov.gh/index.php?option=com_content&view=article&id=41&Itemid=46)
- GORE, CH. (2000): The Rise and Fall of Washington Consensus as a Paradigm for Developing Countries. World Development, 28, č. 5, s. 789-804.
- GOVINDA RAO, M., KAVITA RAO, R. (2006): Trends and Issues in Tax Policy and Reform in India. In: Bery, S., Bosworth, B., Panagariya, A. (eds.): India Policy forum 2005-2006. SAGE Publications, 2006, s. 55-122.
- GRUGEL, J., RIGGIROZZI, P. (2012): Post-neoliberalism in Latin America: Rebuilding and Reclaiming the State after Crisis. Development and Change, 43, č. 1, s. 1-21.
- GRUGEL, J., RIGGIROZZI, P., THIRKELL-WHITE, B. (2008): Beyond the Washington Consensus? Asia and Latin America in search of more autonomous development. International Affairs, 84, č. 3, s. 499-517.
- HANEMAN, U. (2005): Literacy in Botswana. UNESCO: Institute for Education, Hamburg, [http://portal.unesco.org/education/en/files/43531/11315372211Hanemann\\_U\\_Botswana.doc/Hanemann\\_U\\_Botswana.doc](http://portal.unesco.org/education/en/files/43531/11315372211Hanemann_U_Botswana.doc/Hanemann_U_Botswana.doc)
- HEWITT, M., POWELL, M. (1998): The End of the Welfare State? Social Policy & Administration, 32, č. 1, s. 1-13.
- JEHU-APPIAH, C. a kol. (2011): Equity aspects of the National Health Insurance Scheme in Ghana: Who is enrolling, who is not and why? Social Science & Medicine, 72, č. 2, s. 157-165.
- JOSHI, A. (2010): Do rights work? Law, activism, and the employment guarantee scheme. World Development, 38, č. 4, s. 620-630.
- IBRD (2011): Social Protection for a changing India, [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2011/04/20/000333037\\_20110420235516/Rendered/PDF/612750v10ESW0P1rt0Volume0I01PUBLIC1.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2011/04/20/000333037_20110420235516/Rendered/PDF/612750v10ESW0P1rt0Volume0I01PUBLIC1.pdf)

- IMF (2012): Ghana: Poverty reduction strategy paper,  
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2012/cr12203.pdf>
- Income Tax Department (2013): Know your income-tax rates,  
[http://incometaxindia.gov.in/Archive/TaxwithDirectTaxEng\\_13022013.pdf](http://incometaxindia.gov.in/Archive/TaxwithDirectTaxEng_13022013.pdf)
- Indian Public Finance Statistics 2011-2012 (2012), Ministry of finance, Department of economic affairs, economic division, <http://finmin.nic.in/reports/IPFStat201112.pdf>
- ISSA, 2009. Social Security Programs Throughout the World: Africa, 2009,  
<http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2008-2009/africa/ssptw09africa.pdf>
- ISSA (2011): Social Security Programs Throughout the World: Africa, 2011,  
<http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2010-2011/africa/ssptw11africa.pdf>
- Issues in Public Finance (2010), The Institute of Chartered Accountants of India: Committee on Public Finance & Government Accounting. New Delhi, 110 s,  
[http://220.227.161.86/20920frpubcd\\_cpfga1.pdf](http://220.227.161.86/20920frpubcd_cpfga1.pdf)
- KIHARA, Y (1962): The Financial System in India,  
[http://www.ide.go.jp/English/Publish/Periodicals/De/pdf/62\\_02\\_07.pdf](http://www.ide.go.jp/English/Publish/Periodicals/De/pdf/62_02_07.pdf)
- KOEHLER, G. (2011): Transformative Social Protection: Reflections on South Asian Policy Experiences. IDS Bulletin, 42, č. 6, s. 96-103.
- KOHLI, A. (2007): State and redistributive Development in India,  
<http://www.princeton.edu/~kohli/docs/UNRISD.pdf>
- KRISHNA, A. (2007): For reducing poverty faster: target reasons before people. World Development 35, 11, s. 1947–1960.
- KU, Y., LEE, Y. (2007): East Asian welfare regimes: Testing the hypothesis of the developmental welfare state. Social Policy & Administration, 41, č. 2, s. 197-212.
- KUMADO, K., GOCKEL, A., F.(2003): A study on social security in Ghana,  
<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/ghana/50022.pdf>
- KWON, H. (2009): The reform of the developmental welfare state in East Asia. International Journal of Social Welfare, 18, s. S12-S21.
- LAGOMARSINO, G., GARABRANT, A., ADYAS, A., MUGA, R., OTOO, N. (2012): Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. Lancet, 380, č. 9845, s. 933-943.
- LITTLE A. W. (2010): Access to Basic Education in Ghana: politics, policies and progress,  
[http://www.create-rpc.org/pdf\\_documents/PTA42.pdf](http://www.create-rpc.org/pdf_documents/PTA42.pdf)
- LOLOH, F., W. (2011): Ghana: fiscal policy responsiveness, persistence and discretion. Bank of Ghana,  
[http://www.bog.gov.gh/privatecontent/Publications/Staff\\_Working\\_Papers/2011/fiscal%20policy%20decomposition.pdf](http://www.bog.gov.gh/privatecontent/Publications/Staff_Working_Papers/2011/fiscal%20policy%20decomposition.pdf)
- MACLEAN L., M. (2002): Constructing a Social Safety Net in Africa: An Institutionalist Analysis of Colonial Rule and State Social Policies in Ghana and Côte d'Ivoire. Studies in Comparative International Development, 37, č. 3, s. 64-90.

- MAIKISH, A., GERSHBERG, A. (2008): Targeting Education Funding to the Poor: Universal Primary Education, Education Decentralization and Local Level Outcomes in Ghana, <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001804/180410e.pdf>
- MENYAH, D. (2009): The informal sector revisited: Botswana's developmental state and micro-enterprise development, [http://conservancy.umn.edu/bitstream/58643/1/Menyah\\_umn\\_0130E\\_10844.pdf](http://conservancy.umn.edu/bitstream/58643/1/Menyah_umn_0130E_10844.pdf)
- Ministry of Education (2000): Republic of Botswana: National Education for All – National Report, <http://www.unesco.org/education/wef/countryreports/botswana/contents.html>
- Ministry of Education (2013): Basic national level enrolment data, <http://www.moe.gov.gh/moe/docs/Basic/2010-2011/Basic%20National%20Parameters.pdf>
- Ministry of Education and Skills Development (2011): Cost-sharing, <http://www.moe.gov.bw/index.php?id=29>
- Ministry of Finance Ghana (2013): Summary of central government operations, [www.mofep.gov.gh/sites/default/files/fiscal\\_data/2011\\_FISCAL%20DATA\\_END\\_OF%20DEC.xls](http://www.mofep.gov.gh/sites/default/files/fiscal_data/2011_FISCAL%20DATA_END_OF%20DEC.xls)
- MURRAY, W. E., OVERTON, J. D. (2011): Neoliberalism is dead, long live neoliberalism? Neostructuralism and the international aid regime of the 2000s. *Progress in Development Studies*, 11, č. 4, s. 307-319.
- National Policy on Education (1992), [http://www.ncert.nic.in/oth\\_anoun/npe86.pdf](http://www.ncert.nic.in/oth_anoun/npe86.pdf)
- NEETHA, N., PALRIWALA, R. (2009): India: Research report 3: The Care Diamond: State Social Policy and the Market. United Nations Research Institute for Social Development, [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/%28httpAuxPages%29/4177D0C917369239C1257566002EA0C7/\\$file/IndiaRR3.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/%28httpAuxPages%29/4177D0C917369239C1257566002EA0C7/$file/IndiaRR3.pdf)
- NSDC (2012): Human Resource and Skill Requirements in the Education and Skill Development Services Sector, <http://www.nsdindia.org/pdf/education-skill-development.pdf>
- OSEI-BOATENG, C., AMPRATWUM, E. (2011): The informal sector in Ghana, [http://www.fesghana.org/uploads/PDF/FES\\_InformalSector\\_2011\\_FINAL.pdf](http://www.fesghana.org/uploads/PDF/FES_InformalSector_2011_FINAL.pdf)
- OSEI-FOSU, A., K. (2011): Evaluating the impact of the capitation grant and the school feeding programme on enrollment, attendance and retention in schools: The case of Weweso circuit. *Journal of Science and Technology*, 31, č. 1, s. 55-64.
- OWOLABI, E. O. (2011): Botswana. In: Kirsten, W., Karch, R., C.: *Global Perspectives in Workplace Health Promotion*. Jones & Bartlett Learning, Sudbury, [http://samples.jbpub.com/9780763793579/J10846\\_Kirsten\\_Ch02.pdf](http://samples.jbpub.com/9780763793579/J10846_Kirsten_Ch02.pdf).
- OXFAM (2011): Achieving a Shared Goal: Free Universal Health Care in Ghana, <http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/rr-achieving-shared-goal-healthcare-ghana-090311-en.pdf>
- PATRON, R. (2011): Public Education in developing countries: Cost-effectiveness of education policies and endowments growth. *The Journal of International Trade & Economic Development*, 20, č. 3, s. 329-337.
- PIETERSE, J., N. (2010): *Development theory*. 2<sup>nd</sup> Edition. SAGE, 2010, 252 s.

PRICHARD, W. (2009): The Politics of Taxation and Implications for Accountability in Ghana 1981-2008. Institute of Development Studies, Brighton, 45 s.

Public health system in India has collapsed: Ramesh. (2012), <http://www.thehindu.com/news/national/public-health-system-in-india-has-collapsed-ramesh/article4101836.ece>

QUIST et. al (2009): Republic of Botswana: Public Expenditure and Financial Accountability, [http://ec.europa.eu/europeaid/what/economic-support/public-finance/documents/botswana\\_pefa\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/europeaid/what/economic-support/public-finance/documents/botswana_pefa_report_en.pdf)

RADA, C. (2010): Formal and Informal Sectors in China and India. Economic systems research, 22, č. 2, s. 129 – 153.

RIESCO, M. (2009): Latin America: a new developmental welfare state model in the making?. International Journal of Social Welfare, 18, č. 1, s. S22-S36.

SADGOPAL, A. (2009): India's Education Policy: A Historical Overview. Combat Law, 8, č. 3-4, s. 14-31.

SEGALL, M. (2000): From Cooperation to Competition in National Health Systems – and back?: Impact on Professional Ethics and Quality of Care. International Journal of Health Planning and Management, 15, č. 1, s. 61-79.

SEGURA-UBIERGO, A. (2007): The Political Economy of the Welfare State in Latin America. Globalization, Democracy, and Development. Cambridge University Press, New York, 320 s.

SELEKA, T., B., a kol. (2007): Social safety nets in Botswana: Administration, Targeting and Sustainability, [http://www.bidpa.bw/img\\_upload/pubdoc\\_47.pdf](http://www.bidpa.bw/img_upload/pubdoc_47.pdf)

SIGGEL, E. (2010): The Indian Informal Sector: The impact of globalization and reform. International Labour Review, 149, č. 1, s. 93-105.

SLATER, R. (2011): Cash transfers, social protection and poverty reduction. International Journal of Social Welfare, 20, č. 3, s. 250-259.

SMITH, K. (2012): The Problematization of Medical Tourism: A Critique of neoliberalism. Developing World Bioethics, 12, č. 1, s. 1-8.

State Wise Schemes, [http://services.indg.in/Govt\\_Schemes/](http://services.indg.in/Govt_Schemes/)

SSNIT (2011): Annual Report 2010, [www.ssnit.org.gh/downloads/?item=1326906738](http://www.ssnit.org.gh/downloads/?item=1326906738)

SSNIT (2013): The New SSNIT, <http://www.ssnit.org.gh/thenewssnit.php>

The Government of Botswana, United Nations (2010): Botswana Millenium Development Goals, [http://www.undp.org/africa/documents/mdg/botswana\\_2010.pdf](http://www.undp.org/africa/documents/mdg/botswana_2010.pdf)

TITMUSS, R. (1974): Social policy. Allen & Unwin, London, 160 s.

UL HAQ, M. (1995): Reflections on Human Development. Oxford University Press, New York, 288 s.

ULRIKSEN, M. (2010): Politics, Policy, and Poverty in Botswana, Mauritius, and other developing countries, <http://www.politica.dk/articles/marianne%20ulriksen.pdf>

ULIRKSEN, M. (2011): Financing Social Protection in Southern Africa: Status and Implications, <http://www.ilo.org/gimi/gess/RessFileDownload.do?ressourceId=23886>

UNDP (2005): Botswana Human Development Report 2005, [http://hdr.undp.org/en/reports/nationalreports/africa/botswana/Botswana\\_2005\\_en.pdf](http://hdr.undp.org/en/reports/nationalreports/africa/botswana/Botswana_2005_en.pdf)

UNDP (2010): Human Development Report 2010, [http://hdr.undp.org/en/media/HDR\\_2010\\_EN\\_Complete\\_reprint.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_EN_Complete_reprint.pdf)

UNESCO (1990): Compendium of statistics on illiteracy – 1990 Edition, <http://unesdoc.unesco.org/images/0008/000874/087413mb.pdf>

UNESCO (2006): World Data on Education: Botswana, [http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user\\_upload/archive/Countries/WDE/2006/SUB-SAHARAN\\_AFRICA/Botswana/Botswana.pdf](http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/Countries/WDE/2006/SUB-SAHARAN_AFRICA/Botswana/Botswana.pdf)

UNESCO (2010): World Data on Education VII Ed. 2010/11, [http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user\\_upload/Publications/WDE/2010/pdf-versions/Ghana.pdf](http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Publications/WDE/2010/pdf-versions/Ghana.pdf)

UNESCO (2011a): General Profile Botswana, [http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/document.aspx?ReportId=147&IF\\_Language=en&BR\\_Country=720&BR\\_Region=40540](http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/document.aspx?ReportId=147&IF_Language=en&BR_Country=720&BR_Region=40540)

UNESCO (2011b): World Data on Education: India, <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002113/211302e.pdf>

UNESCO (2013): Education Finance, <http://www.uis.unesco.org/Education/Pages/education-finance.aspx>

UNPAN (2007): Country Report: Botswana, <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/cpsi/unpan025777.pdf>

WB and IMF (2004): Public Expenditure Management: Country Assessment and Action Plan: Ghana, [http://www1.worldbank.org/publicsector/pe/Ghana%20HIPC\\_AAP\\_final.pdf](http://www1.worldbank.org/publicsector/pe/Ghana%20HIPC_AAP_final.pdf)

WHO (2009a): Country Cooperation Strategy – Botswana, [http://www.afro.who.int/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=3423&Itemid=2111](http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3423&Itemid=2111)

WHO (2010): National Health Accounts – Botswana. <http://www.who.int/nha/country/bwa/botswana.pdf>

WHO (2011a): Global Health Expenditure Database – Botswana, [http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP\\_WEB\\_MINI\\_TEMPLATE\\_WEB\\_VERSION&COUNTRYKEY=84522](http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84522)

WHO (2013): Health financing: Health expenditures ratios by country, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.75>

World Bank (2011a): Africa Development Indicators, [http://databank.worldbank.org/databank/download/ADI\\_excel.zip](http://databank.worldbank.org/databank/download/ADI_excel.zip)

World Bank (2011b): Botswana – Country Brief, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/BOTSWANAEXTN/0,,menuPK:322821~pagePK:141132~piPK:141107~theSitePK:322804,00.html>

World Bank (2013): Data – Topics, <http://data.worldbank.org/topic>

YIN, R. (2003): Case Study Research: Design and Methods. Sage Publications, London, 181 s.

ZAPEDA, E., MCDONALD, S., PANDA, M., KUMAR, G. (2013): Employing India: Guaranteeing Jobs for the Rural Poor. Carnegie Endowment for International Peace, [http://carnegieendowment.org/files/india\\_rural\\_employment.pdf](http://carnegieendowment.org/files/india_rural_employment.pdf)